SARI RISSANEN
JOHANNA LAMMINTAKANEN
(toim.)

Sosiaali- ja terveysjohtaminen

Sanoma Pro Oy
Helsinki

Tiedustelut

Sanoma Pro Oy, Helsinki

puh. 020 391 000

sähköposti: asiakaspalvelu@sanomapro.fi

www.sanomapro.fi

Kustantaja: Sanoma Pro Oy
3., uudistettu painos, 2017

Tämä aineisto on digitaalinen rinnakkaisversio tuotteesta
Sosiaali- ja terveysjohtaminen ISBN 978-952-63-4952-7

6 ja 48 kk lisenssi ISBN 978-952-63-4963-3

Toimitus: Anu Stormi, Hanna Kokkonen ja Eija Lindqvist

Ulkoasu ja kansi: Jaana Rautio

Taitto: Outi Vintola

Kuvitus: Seija Rusanen

© Sari Rissanen, Johanna Lammintakanen ja Sanoma Pro Oy

Kopiointiehdot

Tämä teos on digitaalinen oppikirja, joka on suojattu tekijänoikeuslailla (404/61).

Sisällysluettelo

Esipuhe 7
Tekijät 8
Johdanto 10

I
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JOHTAMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

1 Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä 15
Sari Rissanen ja Johanna Lammintakanen
Sosiaalinen, terveys ja hyvinvointi käsitteinä 16
Sosiaali- ja terveyspalvelut 19
Palvelujärjestelmän periaatteet 26
Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijat 29
Palvelujärjestelmän uudistaminen 31
Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen 34

2 Politiikka ja strategia sosiaali- ja terveysjohtamisessa 39
Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen
Politiikan ja strategian käsitteet ja tavoitteet 40
Päätöksenteko ja toimeenpano 46
Valtion ja kuntien suhde politiikkana ja ohjauksena 52
Kunnat ja maakunnat
sosiaali- ja terveyspolitiikassa 56

3 Sosiaali- ja terveydenhuollon talous 59
Hannu Valtonen
Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja rahoitus 60
Sosiaali- ja terveysmenojen muutokset 64
Vakuutus- ja veroperusteiset järjestelmät 68
Sosiaali- ja terveydenhuollon
uudistuksen talous 70
Tavoitteina tehokkuus, tuottavuus, vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus . 72
Kannustinjärjestelmän kysymykset 76

II
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JOHTAMINEN JA MUUTOS

4 Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat 81
Sari Rissanen ja Anneli Hujala
Johtamisen ymmärtäminen *82*
Johtaminen organisaatiossa *86*
Johtamisteoriat, -näkökulmat ja -mallit *87*
Teorioiden ja näkökulmien taustalla olevat perusolettamukset *94*
Johtamistutkimuksen ja teorioiden tulevaisuus *97*
Johtamisen välineet *101*

5 Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen 105
Sirkka Sinkkonen, Helena Taskinen ja Sari Rissanen
Integroinnin käsite ja tarve *106*
Integrointi ja koordinointi: erilaisia luokitteluja *113*
Integroinnin rakenteelliset toteutustavat *116*
Integroivat prosessit *118*
Integroivat työvälineet *121*
Muut integrointitavat *123*
Integroinnin toteutumisesta kertova tutkimusnäyttö *124*
Integroinnin johtaminen *126*

6 Moniammatillisten verkostojen johtaminen 129
Vuokko Niiranen
Ajankohtaiset ja monimuotoiset verkostot *130*
Verkoston käsite ja sisältö *131*
Yhteistoiminnan tavoite verkostojen johtamisessa *135*
Verkoston johtamisen oikeutus *138*
Moniammatillisten verkostojen johtamisen piirteitä *140*
Verkoston johtajan monet roolit *142*
Asiantuntijoiden verkostot ja muuttuva johtaminen *143*

7 Organisaatiomuutosten johtaminen **147**
Helena Taskinen
Organisaatiomuutosten käsitteellistämistavat ja luokitukset *148*
Organisaatiomuutoksen kaksi pääkuvaustapaa *154*
Organisaatiomuutoksen johtaminen..... *158*
Oikeudenmukaisuus – muutosjohtamisen keskeinen eettinen periaate *162*

8 Organisaatiokulttuuri ja johtaminen **167**
Juha Kinnunen
Organisaatiokulttuuri ilmiönä ja sen tieteellinen perusta..... *168*
Organisaatiokulttuurin perustasot *171*
Työhön sosiaalistuminen ja ryhmäkulttuurien muodostuminen *174*
Kulttuurin pohjalta johtaminen *176*
Kulttuurimuutoksen esteet ja edellytykset *178*
Kulttuuri – oppimishaaste johtajille *181*

III
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JOHTAMISEN OSA-ALUEITA

9 Dialoginen viestintä johtamisessa **185**
Jari Vuori
Dialogin tutkimuksesta työyhteisön arkiongelmiin..... *186*
Dialogi ja dialogisuus työyhteisökulttuurissa *192*
Dialogiset sovellukset johtamisessa..... *195*
Dialogisuuden hyödyntäminen johtajana *197*

10 Talouden johtaminen **201**
Eila Kankaanpää
Talouden kysymykset erilaisissa organisaatioissa..... *202*
Tuotteistaminen *203*
Kustannuslaskenta *207*
Ostopalvelujen johtaminen..... *211*
Budjetointi *212*

11 Tiedon hallinta johtamisessa **217**
Kaija Saranto ja Sirpa Kuusisto-Niemi
Tiedonhallinnan paradigma ... *218*
Tiedonhallinta organisaatiossa ... *221*
Tiedonhallinnan prosessi ... *224*
Tiedon käytön edellytyksiä ... *228*
Tiedon käytön ulottuvuuksia ... *231*
Tietojärjestelmien kehittäminen ... *233*

12 Henkilöstö voimavarana – osaaminen johtamisen haasteena **237**
Johanna Lammintakanen
Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys ... *238*
Henkilöstövoimavarojen johtamisajattelu ... *241*
Strategian merkitys henkilöstövoimavarojen johtamisessa ... *243*
Henkilöstövoimavarat ja niiden johtaminen ... *247*
Henkilöstön hankinta ... *248*
Osaamisen kehittäminen ja arviointi ... *250*
Henkilöstön palkitseminen ... *253*
Henkilöstövoimavarojen johtamisen tulevaisuus ... *255*

Sosiaali- ja terveysjohtaminen 2020-luvulla **259**
Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen
Sosiaali- ja terveysjohtamisen malli ... *260*
Tavoitteet ja uhkat ... *265*
Johtajan osaaminen 2020 ... *267*
Liite 1. Kysymyksiä ja tehtäviä ... *270*
Sosiaali- ja terveysjohtamisen keskeisiä käsitteitä ... *273*
Kirjallisuus ... *275*

Esipuhe

Toimitetut oppikirjat syntyvät hyvän yhteistyön tuloksena. Haluamme kiittää Saimaan ammattikorkeakoulun rehtoria Anneli Pirttilää, jonka panos tämän kirjan kirjoittamisen käynnistämisessä oli merkittävä. Kävimme hänen kanssaan keskusteluja johtamista kokoavan oppikirjan tarpeellisuudesta sekä ammattikorkeakoulu- että yliopisto-opetuksessa. Johtamista koskevaa kokemuksellista ja tutkimustietoa on saatavilla runsaasti eri lähteistä, mutta myös kokoavaa tarkastelua tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollosta. Vaikka kirjamme on tarkoitettu ensisijaisesti oppimateriaaliksi yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen ylempien tutkintojen opiskelijoille, toivomme, että kirja antaa uusia ajatuksia ja näkökulmia myös nykyisille ja tuleville johtajille.

Kirjaan on valikoitunut teemoja, jotka ovat 2010-luvun johtamisessa vahvasti esillä. Näitä teemoja ovat tutkineet Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen tutkijat. Erityisesti olemme halunneet integroida palvelujärjestelmän, sen talouden sekä muutoksen näkökulmaa johtamiseen. Nämä näkökulmat ovat yhä ajankohtaisempia kirjaa päivitettäessä keväällä 2017. Lisäksi olemme tarkastelleet sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokonaisuutena unohtamatta erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen erityisyyttä.

Lämmin kiitos kaikille lukujen kirjoittajille ja palautteen antajille sekä Sanoma Pro Oy:lle. Sanoma Pro Oy:n myönteinen suhtautuminen kirjamme kustantamiseen mahdollisti kirjan toteutumisen. Erityisesti haluamme kiittää Tiina Sipilää, Hanna Kokkosta ja Eija Lindqvistiä kirjamme kommentoinnista ja kirjan ydinsanoman kirkastamisesta. Kiitos myös teille kaikille, jotka työskentelitte kirjamme painokuntoon saattamiseksi.

Ajatuksia herättäviä lukuhetkiä toivottaen toimittajat
Sari Rissanen ja *Johanna Lammintakanen*

Tekijät

FT **Anneli Hujala** työskentelee yliopistotutkijana. Hänellä on pitkä kokemus johtamiskoulutuksen suunnittelusta, ja hän on tutkinut erityisesti moniäänistä johtamista ja tilajohtamista varsinkin diskursiivisuuden, sosiaalisen konstruktionismin ja kriittisen johtamistutkimuksen näkökulmista.

FT **Johanna Lammintakanen** toimii terveyshallintotieteen professorina ja laitoksen johtajana sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksessa Itä-Suomen yliopistossa. Hän on tutkijana kiinnostunut sekä henkilöstövoimavarojen johtamisesta että terveydenhuollon poliittisesta päätöksenteosta ja priorisoinnista.

FT **Eila Kankaanpää** on terveystaloustieteen yliopistonlehtori. Hän on aikaisemmin osallistunut useisiin terveydenhuollon kehittämishankkeisiin Työterveyslaitoksessa. Hän tutkii terveydenhuollon, erityisesti työterveyshuollon, taloudellista organisointia.

THT **Juha Kinnunen** toimii Keski-Suomen sairaanhoitopiirin johtajana ja osa-aikaisena terveyshallintotieteen professorina.

FT **Sirpa Kuusisto-Niemi** on sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon lehtori. Hänellä on pitkä kokemus sosiaalihuollon tietojärjestelmien kehittämisestä, ja hän on kiinnostunut niistä myös tutkijana.

YTT, HL **Vuokko Niiranen** toimii sosiaalihallintotieteen vastuuprofessorina. Hän on tutkinut julkisen sektorin johtamisen ja ohjauksen mekanismeja, julkisen sektorin uudistuksia sekä erityisesti sosiaalialan johtamista. Lisäksi hän on kehittänyt yliopistollista sosiaali- ja terveysjohtamisen koulutusta 1990-luvulta lähtien.

YTT, TtL **Sari Rissanen** on sosiaalityön, erityisesti hyvinvointipalvelujen professori yhteiskuntatieteiden laitoksella. Lisäksi hän toimii varadekaa-

nina yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunnassa. Hänen tutkimusalueensa on sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden johtaminen sekä erityisesti vanhuspalvelut.

TtT **Kaija Saranto** on sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon vastuuprofessori. Hän on osallistunut aktiivisesti terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämiseen ja tutkimukseen kansallisesti ja kansainvälisesti.

PhD **Sirkka Sinkkonen** on terveyshallintotieteen emeritaprofessori. Hän on terveyshallintotieteen, terveystaloustieteen ja hoitotieteen koulutuksen käynnistäjä Suomessa. Hän tekee edelleen aktiivisesti tutkimusta erityisesti hoitotyön johtamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnista.

FT **Helena Taskinen** toimii yliopistotutkijana ja on työskennellyt useissa tutkimushankkeissa, joissa on tutkittu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja muutosta. Nykyisin hän tutkii sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja johtamista.

PhD **Hannu Valtonen** on terveystaloustieteen emeritusprofessori. Hänen tutkimuksensa keskittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon talouteen, erityisesti jakauman ja oikeudenmukaisuuden näkökulmista.

HTT **Jari Vuori** toimii terveyshallintotieteen vastuuprofessorina. Hänen tutkimuksensa ovat kohdistuneet erityisesti julkisten ja yksityisten organisaatioiden vertailuun sekä dialogiseen johtamiseen.

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmia on pyritty ratkaisemaan muuttamalla organisaatioiden rakenteita. Vähemmälle huomiolle on jäänyt johtaminen, vaikka siihen liittyviä ongelmia on tunnistettu: johtajuus puuttuu tai johtajia on liikaa, henkilöstön osaaminen ei ole täysmääräisesti käytössä, muutoksia ei saada aikaan, tai strategia- ja talousosaaminen on heikkoa. Edelleen voidaan kysyä, kuka johtaa, mitä johtaa, miten johtaa ja millä osaamisella sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Oppikirjassa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista monitasoisesti sekä poliittisen ja strategisen johtamisen tasolla että keski- ja lähijohdossa. Näin kirjassa nostetaan esiin keskeisiä teemoja sekä toimintaympäristön ja sen johtamisen (makrorakenteiden) näkökulmasta että johtamisesta organisaation toimintana (mikrorakenne). Johtamisessa monet ilmiöt, esimerkiksi osaamisen kehittäminen tai strateginen ajattelu, ovat läpäiseviä riippumatta perinteisestä, eri hierarkkisiin tasoihin kohdistuneesta johtamisen tarkastelusta.

Sosiaali- ja terveysjohtamista ei ole yleensä tarkasteltu yhdessä. Oppikirjat ovat käsitelleet vain esimerkiksi lähijohdon kysymyksiä, johtamista yleisesti tai tietyn sektorin näkökulmasta. Tässä kirjassa ei sitouduta yhteen johtamisen teoriaan tai näkökulmaan vaan pyritään hahmottamaan johtamisen kokonaisuutta. Samalla hyväksytään johtamisen erilaiset määrittelyt perinteisestä johtajalähtöisestä tarkastelusta yhä vahvistuvaan näkemykseen vuorovaikutuksessa muodostuvasta johtamisesta.

Oppikirjan tavoitteena on tarkastella johtamista koko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pääpaino on kuitenkin julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa. Sinänsä johtamisessa on aina samankaltaisia piirteitä, onpa kyseessä kolmannen sektorin organisaation tai sairaalan johtaminen. Lisäksi nämä ”vanhat” sosiaali- ja terveydenhuollon rajaaidat (julkinen-yksityinen, sosiaali- ja terveys, perus- ja erikoissairaanhoito) muuttuvat jatkuvasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen tarkastelun perusteena on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset vaativat johtajilta yhä vahvempaa ymmär-

rystä koko sosiaali- ja terveydenhuollosta ja sen verkostoituvasta toimintatavasta sekä alan johtamisen erityispiirteistä. Tämä muutosvaatimus on lähtenyt ylimmästä johdosta, mutta se on tullut yhä näkyvämmäksi osaksi myös keski- ja lähijohdon työtä. Palvelujärjestelmän ja sen logiikan laaja ymmärrys auttaa onnistumaan johtamistyössä. Ajallisesti tarkastellaan niin historiaa, nykyisyyttä kuin tulevaisuutta, sillä historian tunteminen antaa eväitä tulevaisuuden johtamiselle.

Kirjan ensimmäisessä osassa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa johtamisen toimintaympäristönä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn sisältö ja siihen liittyvä palvelujärjestelmä (luku 1) sekä politiikka ja strategiat prosesseineen (luku 2) määrittävät johtamista. Esimerkiksi alan sisältölainsäädäntö ja kelpoisuuslainsäädäntö tuottavat sekä toimintaan että johtamiseen liittyviä ehtoja. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen yksi keskeinen osa on sosiaali- ja terveydenhuollon talouden ymmärrys. Osan viimeisessä luvussa (luku 3) tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ja tulojen sekä kysynnän ja tarjonnan muodostumista makrotalouden näkökulmasta.

Kirjan toisen osan aloittaa johtamisen ymmärrystä kokoava luku (luku 4). Sen jälkeen keskitytään selkeämmin johtamisen ja muutoksen väliseen suhteeseen, joka on aina mukana organisaatioissa. Ensin tarkastellaan muutosta integroinnin ja yhteistyön (luku 5) ja moniammatillisten verkostojen (luku 6) näkökulmista. Tämän jälkeen jäsennetään muutosjohtamista (luku 7). Osan päättää erilaisten organisaatiokulttuureiden ja johtamisen välistä suhdetta avaava luku (luku 8).

Kirjan kolmannessa osassa paneudutaan valikoituihin johtamisen osaalueisiin dialogisuuden (luku 9), organisaatioiden talouden (luku 10) ja sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon hallinnan (luku 11) pohjalta. Osan päättää sosiaali- ja terveysjohtamisen keskeisintä aluetta eli henkilöstövoimavarojen johtamista kuvaava luku (luku 12). Lopuksi tiivistetään kirjan keskeinen anti sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen malliksi ja luodaan katse tulevaisuuden johtamisosaamiseen. Kirjan loppuun on koottu eri lukuja koskevat oppimistehtävät. Niitä on tarpeen mukaan mahdollista soveltaa erilaisissa perus- ja täydennyskoulutuksissa sekä yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa.

Lukujen kirjoittajat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon, talouden ja tietohallinnon asiantuntijoita. Hallintotieteet, kauppatieteet ja taloustieteet ovat vanhastaan tuoneet ymmärrystä johtamisesta ja siihen liittyvistä talouden kysymyksistä. Viime vuosikymmeninä yhä keskeisempään rooliin ovat kuitenkin nousseet soveltavat tieteenalat, joista tämän kirjan taustalla ovat terveyshallintotiede, sosiaalihallintotiede, terveystaloustiede sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kaikilla tieteenaloilla on omat teorianmuodostuksen, paradigma-ajattelun ja käsitemäärittelyn tapansa, mutta tilan antaminen erilaisille tulkinnoille ja näkökulmille mahdollistaa johtamisen ymmärtämisen syventämisen. Kirjassa esitettävät esimerkit perustuvat kirjoittajien viime vuosien tutkimus- ja kehittämishankkeiden kokemuksiin ja tuloksiin. Kirjassa yhdistetään tutkimustietoa johtamistodellisuuteen ja pyritään siten antamaan konkreettisia johtamisnäkymiä tulevaisuuden monialaiselle johtamiselle. Kirjan kolmannessa painoksessa on lähinnä päivitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutoksia ja tutkimus- ja tilastotietoa.

I
SOSIAALI- JA TERVEYDEN-HUOLLON JOHTAMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

1
Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä

Sari Rissanen ja Johanna Lammintakanen

”Palvelurakenteen uudistamisesta tai muutoksesta on muodostunut 1990-luvun sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeä strateginen käsite, eräänlainen iskusana.”

Simo Kokko ja Matti Heikkilä (1995, 11)

Sitaatissa esitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen tai muutos ei strategisena iskusanana ole syrjäytynyt 2010-luvun sosiaali- ja terveydenhuollossa vaan jopa voimistunut. Tässä luvussa tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen käsitteistöä ja niitä perusperiaatteita, joiden pohjalta suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on muodostunut.

Sosiaalinen, terveys ja hyvinvointi käsitteinä

”Sosiaali-/sosiaalinen”, ”terveys” ja ”hyvinvointi” ovat moniulotteisia ja hankalasti määriteltäviä käsitteitä. Niiden määrittely on usein kontekstisidonnaista. Esimerkkejä tästä ovat sosiaalinen media, ympäristöterveys ja työhyvinvointi. Varsinkin käsitteiden ”terveys” ja ”hyvinvointi” sisältö on laajentunut viime vuosikymmeninä.

Käsitteellä ”sosiaalinen” on yhtymäkohtia ihmisten yhteisöllisyyteen ja siihen liittyvään avun antamiseen ja vastuun kantamiseen toisista. Usein käsitteellä viitataan Eino Kuusen (1931) esittämään määrittelyyn, jonka mukaan ”sosiali” (huom. aikaisempi kirjoitusmuoto; lat. socius = osaveli, toveri ja societas = kumppanuus, yhdyskunta) tarkoittaa sellaista, joka koskee ihmisten elämistä toisiinsa liittyneenä. Tähän sanaan liittyy ihmisten toinen toisistaan riippuvaisuuden ja keskinäisen tukemisen ja avunannon ajatus. Kuusen mukaan käsitettä ”sosialinen” voidaan käyttää myös vain yhteiskuntaa koskevana ”individuaalisen” ja ”individualistisen” vastakohtana. ”Sosialinen” tässä merkityksessä on sama kuin yhteiskunnallinen ja yhteiskunnan etua silmälläpitävä.

Armas Nieminen (1955) on nostanut sosiaalisen esille neljän näkökulman avulla. Yhtenä näkökulmana hän pitää sitä, että ”sosiaalinen” on yhtenevä käsite ”yhteiskunnallisen” kanssa. ”Sosiaalinen” viittaa samaan kuin ”yhteiskunnallinen”. Se siis koskee ihmisen elämää yhteiskunnassa. Toisekseen Nieminen pitää ”sosiaalista” toimintana, joka edistää yhteiskunnan etua. Kolmantena näkökulmana hän kuvaa ”sosiaalista” viittaamassa yhteiskunnallisiin ongelmiin sekä yksilöiden elämässä esiintyviin puutteisiin ja niihin liittyvään auttamiseen. Neljännessä tulkinnassa ”sosiaalinen” taas tarkoittaa sosiaalista, sosiaalihallinnon alaan kuuluvaa toimintaa. Näistä tulkinnoista kaksi viimeistä ovat selvästi suppeampia kuin kaksi ensimmäistä.

Terveyttä on useimmiten määritelty biolääketieteellisen, funktionaalisen ja positiivisen näkökulman pohjalta. Biolääketieteellisessä mallissa olennaista on se, että ihminen on joko terve tai sairas. Terveyden ja sairauden raja on selkeä. Funktionaalinen terveyskäsitys korostaa toiminta-

kykyä, ja sen heikkeneminen on merkki sairaudesta. Positiivinen, Maailman terveysjärjestön (WHO) esittämä terveyskäsitys taas korostaa täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa. Positiivisessa terveyskäsityksessä yhdistyvät terveys ja hyvinvointi (esim. Nissinen ym. 1994; Kauhanen ym. 2013).

Käsitteen ”terveys” määrittelyn laajentumista osoittaa se, että siinä ovat viime vuosina painottuneet sekä ihmisen oman kokemuksen merkitys että elämänhallinnan tunne. Jussi Huttunen (28.10.2010) toteaa: ”Terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa.” Tärkeä osa koettua terveyttä on ihmisen tunne siitä, että hän on riippumaton ja hallitsee oman elämänsä. Risto Pelkonen (2005) puolestaan painottaa, että terveys merkitsee eri ihmisille eri asioita, mutta kaikille se on hyvän kokemista, ja elämänlaatua huonontavien oireiden puuttumista tai ainakin niiden hallintaa.

Käsitteen ”terveys” sisällön laajentuminen tuo sen lähelle käsitettä ”subjektiivinen hyvinvointi”. Hyvinvoinnin lähikäsitteitä ovat esimerkiksi ”elämäntyytyväisyys”, ”elämänlaatu”, ”elämänhallinta” ja ”onnellisuus” (esim. Rissanen S 2013). Useimmiten hyvinvointia on määritelty hyvinvointitarpeiden tyydytyksen tai hyvinvointiresurssien, esimerkiksi taloudellisten resurssien tai koulutuksen, näkökulmasta. Kysymys siitä, onko hyvinvointi tarve- vai resurssipohjainen asia, on ollut hyvinvointitutkimuksen historiassa keskeinen (esim. Kainulainen 1998, 32).

Suomessa paljon käytetty hyvinvoinnin kuvaaja on ollut Erik Allardtin sekä tarve- että resurssipohjaista ajattelua yhdistävä tarkastelutapa vuodelta 1976. Allardt määrittelee hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihmisellä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydytetyiksi. Tarveluokiksi hän nimesi having-, loving- ja being-luokat. Elintasoon (having-luokka) kuuluvat terveys, tulot, koulutus, asumistaso ja työllisyys. Yhteisyyssuhteisiin (loving-luokka) taas kuuluvat paikallisyhteisyys, perheyhteisyys ja ystävyyssuhteet. Ne sisältävät rakkauteen, toveruuteen ja solidaarisuuteen liittyvät tarpeet. Kolmanneksi itsensä toteuttamisen muodot (being-luokka) ovat korvaamattomuus, arvonanto (status), poliittiset resurssit ja erilainen vapaa-ajan toiminta (tekeminen). Näitä tarpeita on mahdollis-

ta mitata ja tarkastella subjektiivisesti ja objektiivisesti. Allardtin hyvinvointiteoria ei edellytä hierarkiaa tarpeiden tyydyttämiselle, mutta myöhemmin Allardt (1998, 39–45) on lisännyt edellä esitettyihin luokkiin uusia ulottuvuuksia.

Viime vuosina Pauli Niemelä (2006, 2010) on tuonut hyvinvoinnin tarve- ja resurssiperusteiseen tarkasteluun vahvasti toiminnan teorian ja osallisuuden. Viime vuosien kyselytutkimusten tulokset ovat osoittaneet, että ihmiset kokevat terveyden, hyvät ihmissuhteet ja riittävän toimeentulon hyvinvointia tuottaviksi mutta samalla osallisuudella ja vaikutusmahdollisuuksilla on yhä suurempi merkitys (esim. aktiivisen kansalaisen tarkastelut sosiaali-indikaattoritutkimuksessa, ks. Hoskins & Mascherini 2009). Tähän voidaan lukea myös vasta nyt Suomessa vahvemmin näkyvä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tai potilaiden valinnanmahdollisuuksien toteutuminen ja osallisuuden korostuminen.

Sekä sosiaalista että terveyttä voidaan tarkastella yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan näkökulmasta, mutta sinänsä näiden käsitteiden määrittelyn lähtökohdat ovat selvästi erilaiset, mikä osittain luo eroja sosiaali- ja terveyspalvelujen määrittelyyn. Sosiaali- ja terveystieteiden teoreettinen pohja rakentuu myös erilaiselle tieteelliselle paradigmalle (sosiaalitieteellinen tai terveystieteellinen orientaatio ja yhteiskuntatieteellinen tai luonnontieteellinen orientaatio). Sen sijaan fyysistä toimintakykyä ja sosiaalista toimintakykyä voidaan lähestyä samankaltaisemmista lähtökohdista. Fyysisellä toimintakyvyllä viitataan usein ihmisten kykyyn selviytyä fyysisistä toiminnoista ja sosiaalisella toimintakyvyllä hänen mahdollisuuksiinsa selviytyä vuorovaikutuksessa sekä aktiivisena toimijana yhteisössä ja yhteiskunnassa (ks. toimintakyvystä esim. Rissanen L. 1999).

Hyvinvoinnin tai terveyden erilaiset määrittelyt tuovat esiin erilaisia kohteita ja tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiselle. Erona on esimerkiksi se, pitääkö johtaja sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen kohteena ehkäisevää työtä (esim. terveyden edistämisen tai syrjäytymisen ehkäisyn käsittein) vai korjaavaa työtä (esim. hoitotoimenpiteiden prosessien sujumisen takaaminen tai kontrollitoimenpiteiden lainmukai-

suuden takaaminen) vai painottuvatko työssä molemmat osa-alueet. Toisaalta johtajien näkemys esimerkiksi johtamistyön laajuudesta, kuten potilasprosessin johtamisesta tai alueellisen hyvinvoinnin johtamisesta, vaihtelee yksilöittäin mutta myös johtamistehtävittäin.

Sosiaali- ja terveyspalvelut

Käsitteenä sosiaali- ja terveyspalvelut kytkeytyvät näiden alojen politiikkaan. Esimerkiksi Marketta Rajavaara (2009, 347) on todennut virkaanastujaisesitelmässään ”Sosiaalipalveluista hyvinvointipalveluihin – käsitehistorian tarkastelua” seuraavasti: ”Käsitteet ja hyvinvoinnin järjestelyt ovat keskenään vastavuoroisessa suhteessa. Käsitteillä kuvataan ihmisten toimintaa ja hyvinvoinnin järjestelyjä ja samalla niillä muovataan hyvinvointipolitiikkaa. Käsitteiden avulla nostetaan ilmiöitä esiin ja piilotetaan toisia ilmiöitä. Käsitteitä käytetään ihmisten ohjaamisen ja vallan välineinä. Käsitteet vaihtuvat, ja uudet korvaavat entisiä. Käsitteet saattavat elää rinnakkain, ja niiden käytöstä käydään kamppailuja. Käsitteiden ilmaantumisen ja käytön historiaa tarkastelemalla on siten mahdollista ymmärtää hyvinvointipolitiikan jännitteitä ja muutoksia.”

ESIMERKKI	**Käsitehistoria: Lääkintöhallituksen, sosiaalihallituksen, sosiaali- ja terveysministeriön nimi- ja tehtävämuutoksia**

Autonomian ajan alussa vuonna 1811 Suomeen perustettiin Collegium medicum. Lääkintölaitoksen pääjohtaja ja Collegium medicum muodostivat yhdessä Lääkintölaitoksen ylihallituksen. Lääkintöylihallitus ja Houruinhoidon johtokunta yhdistettiin vuonna 1878 Lääkintöhallitukseksi. Lääkintöhallitus taas jakaantui yleiseen lääkintö-, sairaala-, mielisairaanhoito-, terveydenhoito-, eläinlääkintö-, apteekki- ja talousosastoihin sekä kansliaan. Näiden lisäksi oli erikoisasiantuntijoista koostuva tieteellinen neuvosto.

Vuonna 1917 sosiaaliasiain esittely erotettiin senaatissa kauppa- ja teollisuustoimikunnasta erityiseen sosiaalitoimituskuntaan, joka vuoden päästä muutettiin sosiaaliministeriöksi. Sosiaalitoimituskunnan alaisuuteen perustettiin vuonna 1917 Sosiaalihallitus. Se jakaantui seitsemään osastoon: ammattientarkastus-, sosiaalivakuutus-, köyhäinhoidontarkastus-, työnvälitys-, raittius-, tilasto- ja kansliaosastoon. Vuonna 1923 Sosiaalihallitus yhdistettiin Sosiaaliministeriöön. Vuonna 1968 Sosiaaliministeriön nimi muuttui Sosiaali- ja terveysministeriöksi, kun terveydenhuolto siirtyi sen toimialueelle. Tuolloin perustettiin myös uudestaan Sosiaalihallitus, ja se toimi vuoteen 1991 saakka.

Maaliskuun alussa 1991 yhdistetty Sosiaali- ja terveyshallitus (STH) perustettiin Lääkintöhallituksen ja Sosiaalihallituksen tilalle. Organisaatiota uudistettiin jo 1.12.1992. Samalla viraston nimi vaihtui uusia tehtävien mukaisesti Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseksi (Stakes). Osa Sosiaali- ja terveyshallituksen tehtävistä siirtyi sosiaali- ja terveysministeriölle, osa vuonna 1992 Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle (1.1.2009 lähtien Valvira) ja osa vuonna 1993 Lääkelaitokselle.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) lopetti toimintansa 2008 vuoden lopussa. Tällöin perustettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), jonka muodostivat yhdessä entinen Stakes ja Kansanterveyslaitos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta (668/2008) koskevan lain mukaan sen toimialaan kuuluvat väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen palvelujen kehittäminen.

(Haatainen & Suonoja 1992, Lääkintöhallituksen arkisto, Sosiaalihallituksen arkisto, Sosiaali- ja terveysministeriön historia)

Sosiaali- ja terveyspalvelut ja niistä käytetyt käsitteet ovat muodostuneet osana suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon historiaa ja lainsäädännön kehittymistä (ks. lisää esim. Sipilä ym. 1996). Lainsäädännössä on aikojen saatossa käytetty oman aikakautensa käsitteitä, eikä käsitteistö siten välttämättä vastaa nykyistä palvelutarjontaa. Lisäksi rajanvetoja eri palvelujen sisältymisestä tiettyihin sektoreihin on tehty kuntien palvelurakenteissa, esimerkiksi lasten päivähoidosta. Sinänsä voimassa oleva ja kehittyvä lainsäädäntö antaa hyvän perustan kunkin ajan käsitykselle siitä, mitä sosiaali- tai terveyspalveluihin kuuluu tai ei (taulukko 1). Terveydenhuoltolaki (136/2010) ja sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittävät tulevien vuosien sosiaali- ja terveyspalveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvalla järjestämislainsäädännöllä määritetään palvelujen järjestämiseen (ml. rahoitukseen), kehittämiseen ja valvontaan liittyvät suuntaviivat (www.alueuudistus.fi).

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältö.

Sosiaalipalvelut (sosiaalihuoltolaki 1301/2014)	**Terveyspalvelut (terveydenhuoltolaki 1326/2010)**
1) sosiaalityötä; 2) sosiaaliohjausta; 3) sosiaalista kuntoutusta; 4) perhetyötä; 5) kotipalvelua; 6) kotihoitoa; 7) asumispalveluja; 8) laitospalveluja; 9) liikkumista tukevia palveluja; 10) päihdetyötä; 11) mielenterveystyötä; 12) kasvatus- ja perheneuvontaa; 13) lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvontaa; 14) muita 11 §:n mukaisiin tarpeisiin vastaavia asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömiä sosiaalipalveluja. Kunnallisina sosiaalipalveluina on huolehdittava myös – kehitysvammaisten erityishuollosta, – vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, – toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevalle henkilölle, – sosiaalisen luoton myöntämisestä kunnan asukkaille, – kuntouttavasta työtoiminnasta, – päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvista palveluista, – omaishoidon tuen, – perhehoidon, – lasten ja nuorten huollon,	**Perus- ja erikoissairaanhoidon palveluja ovat** – **ensihoitopalvelun järjestäminen** – **ikäihmisten neuvontapalvelut** (kunnan on järjestettävä alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja) – **kotisairaanhoito** – **kouluterveydenhuolto** – **lääkinnällinen kuntoutus** (lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat 1) kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia, 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet, 5) apuvälinepalvelut, 6) sopeutumisvalmennus ja 7) 1–6 kohdassa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa) – **mielenterveystyö** (terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa) – **neuvolapalvelut** (äitiys- ja lastenneuvolapalvelut) – **opiskeluterveydenhuolto**

– lastensuojelun, – ottolapsineuvonnan, – perheasioiden sovittelun, – lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvien toimenpiteiden ja lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan asian tuomioistuinsovitteluun kuuluvien asiantuntijapalveluiden, – lastenvalvojalle säädettyjen tehtävien ja muiden isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen liittyvien tehtävien sekä – opiskeluhuollon järjestämisestä.	– **päihdetyö** (päihdetyöhön kuuluvat 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä, 2) päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut) – **sairaanhoito** (kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut) – **seulonnat** (kunnan on järjestettävä alueellaan valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset seulonnat) – **suun terveydenhuolto** – **terveysneuvonta ja terveystarkastukset** – **työterveyshuolto** (työterveyshuoltopalveluja työntekijöille ja yrittäjille) – **ympäristöterveydenhuolto** (kunnan on järjestettävä ympäristöterveydenhuollon palvelut alueellaan)

Sosiaali- ja terveyspalveluihin ovat yhteydessä, esimerkiksi viime vuosikymmeninä esiin nousseet hyvinvointipalvelut tai hoivapalvelut. Hyvinvointipalvelut on voitu tulkita sosiaali- ja terveyspalvelujen kattokäsitteeksi niin, että useimmiten hyvinvointipalvelut sisältävät myös muita kuin sosiaali- ja terveyspalveluja, kuten koulutus- ja vapaa-ajanpalvelut. Toisaalta sosiaali- ja terveyspalvelujen alakäsitteenä hoivapalvelu on usein liitetty esimerkiksi ikäihmisten pitkäkestoiseen hoidon ja huolenpidon palveluihin. Käsitteeseen ”hoiva” on erityisesti yhdistetty riippuvuus hoivaajan ja hoivattavan välille. Käsitteenä se on nostettu esiin erityisesti naistutkimuksessa (ks. lisää esimerkiksi Zechner 2010).

Yksi sosiaali- ja terveyspalveluiden määrittelyperuste syntyy myös niiden suhteesta sosiaaliturvaan ja sen tulonsiirtoihin (Poutanen 2010). Tulonsiirroilla tarkoitetaan sosiaaliturvaetuuksia, esimerkiksi työttömyysturvaa, sairauspäivärahaa, eläkkeitä tai toimeentulotukea. Tässä kirjassa tarkastellaan pääasiassa sosiaali- ja terveyspalveluja, vaikka sosiaali- ja terveyspalvelut ja tulonsiirrot ovat usein yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi äitiyspäivärahan saanti edellyttää äitiysneuvolan asiakkuutta.

Sosiaalipalvelun ja terveyspalvelun erottaminen toisistaan on ollut useimmiten mahdollista, mutta esimerkiksi vanhuspalvelujen, päihdepalvelujen tai mielenterveyspalvelujen sijoittaminen sosiaali- tai terveyspalveluihin ei ole yksiselitteistä. Vanhusten ja päihde- tai mielenterveyskuntoutujien palveluja on useimmiten tarkasteltava sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteisenä alueena, jossa sekä sosiaali- että terveyspalveluilla on merkittävä rooli. Sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyy myös käsite ”sosiaali- ja terveydenhuolto”, joka käsittää sekä palvelujen tavoitteet että järjestämisen kokonaisuuden. Käsitettä ”huolto” on ajoittain vieroksuttu (esim. sosiaalihuoltajan tutkinto muutettiin sosiaalityöntekijän tutkinnoksi tai yliopistokoulutuksessa terveydenhuollon hallinto pääaine terveyshallintotieteeksi) ja sen sijasta on käytetty esimerkiksi myös käsitettä ”palvelu”. Uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädännössä käsite ”huolto” on kuitenkin edelleen näkyvissä (STM 2010:19, 2010:34).

Käsitteiden käyttö on yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon arvolatauksiin. Esimerkiksi käsitteen ”sairaus” osittainen korvaaminen käsitteellä ”terveys” (esim. sairaanhoito-terveydenhoito) ja käsitteiden ”terveys” tai

”hyvinvointi” käytön laajentuminen ovat ainakin osittain yhteydessä yhteiskuntamme muuttuviin arvoihin. Huolta on kannettu toimintakyvyltään kaikkein heikoimpien ihmisten hoidon saatavuudesta terveyttä korostavassa puheessa tai sosiaalisen toimintakyvyn näkymättömyydestä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Johtamisen näkökulmasta olennaisinta on huomata, että eri käsitteitä käytetään myös ristiriitaisesti. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestävien toimijoiden organisaatiomalleissa suosituilla käsitteillä (esim. hyvinvointi) on taipumus siirtyä organisaatiosta toiseen. Johtajilla on keskeinen rooli käsitteiden valinnassa, joten johtamistyössä on tärkeä kiinnittää huomiota niihin liittyviin merkityksiin.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on ominaispiirteitä, jotka erottavat niitä toisistaan, mutta myös sosiaalipalvelun tai terveyspalvelun sisällä. Eroja on esimerkiksi 1) palvelun kestossa (esim. kertakäynti tai vuosia kestävä asiakas- tai potilassuhde), 2) eri osaamisen korostumisessa palvelussa (esim. tekninen tai vuorovaikutusosaaminen), 3) kokonaisvaltaisuudessa (esim. yksittäinen toimenpide tai kokonaisvaltainen elämänhallinnan vahvistaminen), 4) harkinnanvaraisuuden merkityksessä (esim. sama hoito tai palvelu kaikille tai yksilökohtainen harkinta), 5) kontrollissa (esim. vapaaehtoinen asiakkuus tai pakkohoitopäätös) ja 6) organisaation mahdollisuuksissa keskeyttää palvelun tuottaminen (esim. sairaalan päivystystoiminta tai virka-aikana toteutettu palvelu). Nämä palvelujen erot vaikuttavat osaltaan sosiaali- ja terveysjohtamiseen. Peruspalveluissa sosiaali- ja terveysjohtaminen ovat useimmiten samantyyppistä toimintaa. Sairaalaorganisaation johtamisessa taas korostuvat vahvemmin terveydenhuollon erityispiirteet, esimerkiksi hoitajien ja lääkärien erilaiset johtamiskäytännöt (ks. lisää Virtanen 2010).

Tässä kirjassa sitoudutaan käsitteisiin ”sosiaali- ja terveyspalvelu” ja ”sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä”. Palvelujärjestelmään kuuluvat kuntien, tulevien maakuntien ja niiden liikelaitosten, valtion, yritysten ja järjestöjen antamat palvelut muttei vapaaehtoistyö. Myös omaisten ja perheen sisäinen auttaminen rajautuu tässä tulkinnassa pois, vaikka esimerkiksi omaishoitoa voidaan tukea palveluilla. Tämä rajaus on tehty sillä perusteella, että omaisten ja perheen sisäinen auttaminen on luoteeltaan erilaista kuin palkkasuhteinen palvelutyö (ks. Rissanen S 1999). Kä-

sitettä palvelurakenne käytetään silloin, kun erityisesti tarkastellaan palvelujärjestelmän rakenteellisia ratkaisuja.

Palvelujärjestelmän periaatteet

Erityisesti vertailevassa sosiaali- ja terveyspoliittisessa tutkimuksessa on tutkittu eri maiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiä (esim. Anttonen & Sipilä 1996, Anttonen & Sointu 2006, Saltman ym. 2007, Magnussen ym. 2009). Myös erilaisten kansainvälisten organisaatioiden (esim. European Observatory on Health Systems and Policies, OECD, WHO) raportit antavat kuvaa eri maiden palvelujärjestelmistä, erityisesti terveydenhuollosta. Erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmiä voidaan tarkastella esimerkiksi niiden 1) perusarvojen, 2) rahoitusperiaatteiden, 3) kunta–valtiosuhteen, 4) palvelujärjestelmän portaisuuden, 5) sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnin ja 6) eri toimijoiden roolista käsin.

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tyypitelty kritiikistä huolimatta pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin (esim. Julkunen 2001, 2006, Willberg & Valtonen 2007, Koskiaho 2008), johon on liitetty vahva julkisen sektorin rooli palvelujen järjestämisessä. Suomen perustuslaissa on keskeiset säännökset taloudellisista, sosiaalisista ja sivistyksellisistä perusoikeuksista eli niin sanotuista TSS-oikeuksista (ks. lisää Aaltola 2010). Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Lisäksi julkisen vallan on tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu (Suomen Perustuslaki 731/1999, 3. §). Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä kuntia että valtiota. Perustuslain velvoitteita on tarkennettu moninaisella puite- ja erityislainsäädännöllä. Palvelujen järjestämisen perusarvoina ovat siten olleet tarvelähtöisyys ja palvelujen tarjoaminen kaikille eli universaalisuus (ks. myös Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraporttia STM 2010:19). Viimeisimmät tutkimukset ovat osoittaneet, että suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat parantuneet edelleen mutta sosioekonomiseen asemaan liittyvä eriarvoisuus terveydessä ja hyvinvoinnissa on kasvanut (Vaarama ym. 2010). Perim-

mäinen kysymys tulevaisuuden palvelujärjestelmän kannalta on se, mitkä tarpeet tyydytetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kautta. Erilaiset tarpeiden ja hyvinvoinnin määrittelyt johtavat korostamaan eri sosiaali- ja terveyspalveluja. Tätä keskustelua käydään myös priorisointiin liittyvin käsittein (esim. Ryynänen ym. 2006, Lammintakanen 2013, Ryynänen & Lammintakanen 2016).

Suomalaista palvelujärjestelmää rahoitetaan pääosin valtio- ja kuntaverotuksessa kerätyillä veroilla. Palveluja rahoitetaan myös asiakasmaksuilla, Kelan maksuosuuksilla, työnantajamaksuilla ja yksityisillä vakuutuksilla, mutta pääväylä on edelleen verorahoitus. Vakuutusperusteisissa palvelujärjestelmissä vakuutukset ovat perustana palvelujen saannille. Esimerkiksi Yhdysvalloissa sairasvakuutus laajeni vasta 2010 koskemaan lähes koko väestöä. Myös Suomessa erityisesti hoivapalvelujen vakuutuspohjaisia rahoitusvaihtoehtoja on selvitetty (ks. Volk & Laukkanen 2010, Lahtinen 2010). Hoivatarpeen ja kustannusten kasvun lisäksi huomion kiinnittyminen palvelujärjestelmän kustannuksiin on osittain liittynyt myös suomalaisen väestön varallisuuden kasvuun, kuten kysymyksiin siitä, mikä osuus kustannuksista kuuluu yksilöiden omavastuuseen ja miten omavastuuta määritettäessä suhtaudutaan omaisuuteen ja sen siirtymiseen sukupolvien välillä (Kalliomaa-Puha & Kangas 2015).

Lisäksi rahoituksen monikanavaisuuden kysymyksiin (esim. Pekurinen ym. 2010, STM 2010:34) erityisesti terveyspalveluissa mutta myös sosiaalipalveluissa (Ahola ym. 2010) tai myös niitä yhdistäen (Seppälä & Pekurinen 2014) on pyritty etsimään ratkaisua. Rahoituksen monikanavaisuudella tarkoitetaan sitä, että palvelujen rahoitus tulee eri toimijoilta (esim. Kela, valtio, kunnat, työnantajat), mikä saattaa eri väestöryhmät erilaiseen asemaan palvelujen saajina (esim. työterveyshuollon käyttömahdollisuus). Monikanavaisessa rahoituksessa voi korostua eri toimijoiden tai sektoreiden osa-optimointi, jolloin palvelujen järjestämistä tarkastellaan vain oman tehtävän tai resurssin näkökulmasta, vaikka kokonaistaloudellisesti olisi tarkoituksenmukaista tarkastella koko palveluprosessin toteutusta. Esimerkiksi hoitotoimenpiteiden ja jatkohoidon kustannusten lisäksi tulisi ottaa huomioon myös sosiaaliturvan kustannukset, kuten sairauspäiväraha.

Suomessa kunta–valtiosuhteessa valtion roolina on ollut erityisesti toimia lainsäätäjänä ja tukea lainsäädännön toimeenpanoa erilaisilla ohjaustavoilla (ks. valtion ja kuntien välisestä ohjaussuhteesta luvusta 2). Usein suomalaista palvelujärjestelmää on pidetty erityisen hajautettuna, koska kuntia on paljon. Viime vuosina selvä painopiste on ollut pyrkimys yhtä kuntaa laajempiin palvelurakenteisiin. Sairaanhoitopiirit ja erilaiset kuntayhtymät (esim. päihdehuollon tai terveydenhuollon kuntayhtymät) ovat toimineet jo vuosia seudullisina palvelurakenteina.

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä terveydenhuollon palvelujen portaisuutta on ilmentänyt jako perus- ja erikoissairaanhoitoon. Perusterveydenhuollolla on tarkoitettu pääasiassa kuntien terveyskeskusten, neuvoloiden, kouluterveydenhuollon ja vuodeosastojen palveluja. Vastaavasti erikoissairaanhoito on tarkoittanut sairaanhoitopiirien tarjoamia erikoissairaanhoitolain mukaisia palveluja, joihin liittyy usein lähetekäytäntö. Osa erikoissairaanhoidon palveluista on keskitetty vain tiettyihin yliopistosairaaloihin.

Sosiaalipalveluista voidaan erottaa myös perus- ja erityispalvelut (esim. Heino 2004). Tällöin erityispalveluilla tai erityisosaamisella viitataan useimmiten niihin palveluihin, joita yhden kunnan ei ole tarkoituksenmukaista järjestää. Tällaisia palveluita ovat muun muassa lastensuojelun kiertävä erityissosiaalityöntekijä ja maakunnallinen sijaishuoltoyksikkö. Myös sosiaalipalveluihin voi liittyä portaisuutta siinä mielessä, että tiettyihin palveluihin asiakkaat ohjataan kuntien sosiaalitoimiston kautta. Laajemman väestöpohjan lisäksi on ehdotettu, että osa harvinaisemmista palveluista olisi tarkoituksenmukaista keskittää valtakunnalliseen yksikköön (esim. Ahola ym. 2010).

Portaisuuden näkökulmasta palvelujärjestelmän kehittämisen painopisteenä on ollut pyrkimys vahvistaa perusterveydenhuoltoa (esim. Myllymäki 2006). Lisäksi perus- ja erikoissairaanhoidon ja sosiaali- ja terveydenhuollon integrointi on otettu lähtökohdaksi viime vuosien lainsäädäntövalmistelussa. Suomen järjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetasoinen integrointi on jo vanhastaan ollut melko vahvaa, mitä osoittavat esimerkiksi yhteinen sosiaali- ja terveysministeriö ja valtionosuusjärjestelmä (ks. tarkemmin luvusta 5).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijat

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita voidaan tarkastella niiden roolien pohjalta. Toimijat on usein nimetty esimerkiksi palvelujen järjestäjän, tilaajan, tuottajan, rahoittajan, valvojan ja kehittäjän käsittein. Historiallisesti kunnalla on voinut olla samassa palvelukokonaisuudessakin kaikki nämä roolit. Lainsäädäntöuudistusten myötä tavoitteena on ollut erottaa järjestäjän ja tuottajan roolit toisistaan. Lisäksi erilaisiin tilaaja-tuottajamalleihin perustuvien yksityisten sosiaali- ja terveysalan yritysten merkitys palvelujen tuottajana on kasvanut viime vuosina. Yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista on saatavilla tilastotietoja 1990-luvun puolivälistä alkaen, mutta vuonna 2009 arvioitiin, että noin yli 31 prosenttia sosiaalipalveluista ja yli 23 prosenttia terveyspalveluista toteutetaan yksityisellä sektorilla (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa, lisätietoja vuosittain ilmestyvistä THL-tilastoista). Yksityiseen sektoriin luetaan tässä tilastossa myös järjestökenttä.

Monet julkiset palvelut ovat käynnistyneet sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintana. Järjestöt ovat sosiaalisen tuen ja jäsenten edunvalvontatehtävän ohella tuottaneet palveluja, kuten asumispalveluja tai erityispalveluja. Järjestöjen keskeinen rahoittaja oli aiemmin Raha-automaattiyhdistys ja nykyään sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA). Viime vuosina useat järjestöt ovat yhtiöittäneet palvelutuotantoaan kilpailurajoituksen vuoksi omiksi organisaatiokseen ja siten irrottaneet sen tavanmukaisista järjestöjen edunvalvoja- ja kehittämistehtävistä. Järjestöjen toiminnasta saa hyvän yleiskuvan tutustumalla kattojärjestöjen kotisivustoihin, esimerkiksi SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry.

Yksityisten yritysten ja järjestöjen roolin korostumiseen palvelujärjestelmässä on viitattu esimerkiksi käsitteellä ”palvelujärjestelmän monitoimijuus” (welfare mix). Yksityisen sektorin vahvistumisen taustalla on ollut Suomessa osittain tietoisia pyrkimyksiä luopua kunnan vahvasta asemasta palvelujen tuottajana, kuten hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiset kehittämistavoitteet (www.tem.fi). Monituottajuutta on perusteltu terveen kilpailuasetelman vaikutuksilla ja toisilta oppimisen mahdollistajana. Toisaalta pohjoismaisen hyvinvointivaltion ulko-

puolella palvelujen monituottajuus on ollut vahvaa ja globalisaatiokehitys on tukenut eri maiden palvelujärjestelmien lähentymistä. Euroopan unionissa erilaisia palvelujärjestelmiä on vertailtu ja arvioitu esimerkiksi avoimen koordinaation menetelmällä. Kaikkiaan Euroopan unionin merkitys sosiaali- ja terveydenhuollossa on vahvistunut huomattavasti unionin perustamisvaiheesta (esim. STM 2006:35, STM 2010:35). Monet EU:n direktiivit koskevat myös sosiaali- ja terveydenhuoltoa, kuten hoitoon hakeutumista EU-maiden sisällä ja toisissa jäsenmaissa sekä ammattipätevyyksien yhdenmukaisuutta ja siirtämistä eri maiden välillä.

Palvelujärjestelmän tuottajakysymyksiä on usein tarkoituksenmukaisempaa arvioida pikemmin monopoli-monituottajuuskysymyksenä kuin esimerkiksi julkisten palveluntuottajien ja yksityisten palveluntuottajien välisen vastakkainasettelun avulla (Sinkkonen & Rissanen 2004, Rissanen ym. 2010). Kunnan monopolista luopuminen voi johtaa myös yksityisen yrityksen monopoliin tietyissä palveluissa tai maantieteellisellä alueella. Esimerkiksi terveyskeskuksiin on joissakin tapauksissa saatu lääkäripalveluja vain alan yksityisiltä yrityksiltä.

Julkisen ja yksityisen toiminnan suhde ja kilpailuttamiskäytännöt ovat Suomessa vasta muotoutumassa. Osittain tämä liittyy siihen, että julkisen ja yksityisen organisaation määrittäminen yksiselitteisesti on vaikeaa. Määrittelyperusteena on vanhastaan usein käytetty omistajuutta, siten että julkinen organisaatio on valtion tai kunnan omistama ja rahoittama ja yksityinen organisaatio taas yksityishenkilöiden tai säätiöiden omistama ja rahoittama. Yksityisten palvelujen rahoituksesta suuri osa tulee kuitenkin julkiselta sektorilta (esim. ostopalvelusopimuksina) ja julkinen sektori toimii yksityisen toiminnan valvojana (ks. lisää esim. Willberg 2006, Rajala ym. 2008).

Palvelujärjestelmän kehittämisen ja johtamisen näkökulmasta merkityksellisempää on kuitenkin se, millainen palvelujen tarjonta mahdollistaa laadukkaat palvelut. Usein vasta palvelujen ja niihin liittyvien organisaatioiden jatkuvuus ja henkilöstön sitoutuminen mahdollistavat osaamisen kehittymisen. Toisaalta palvelujen tuottamiseen liittyvien muutosten todelliset kustannusvaikutukset saadaan näkyviin vain pitkäaikaisem-

massa tarkastelussa. Viime vuosina on yhä enemmän tutkittu ja arvioitu yksityisen sektorin kasvun ja kilpailuttamisen vaikutuksia (esim. Koskiaho 2008, Kähkönen & Volk 2008, Rissanen ym. 2010). Ratkaisuna julkisen ja yksityisen sektorin suhteeseen on pidetty yhä useammin kumppanuutta kuin kilpailuasetelmaa.

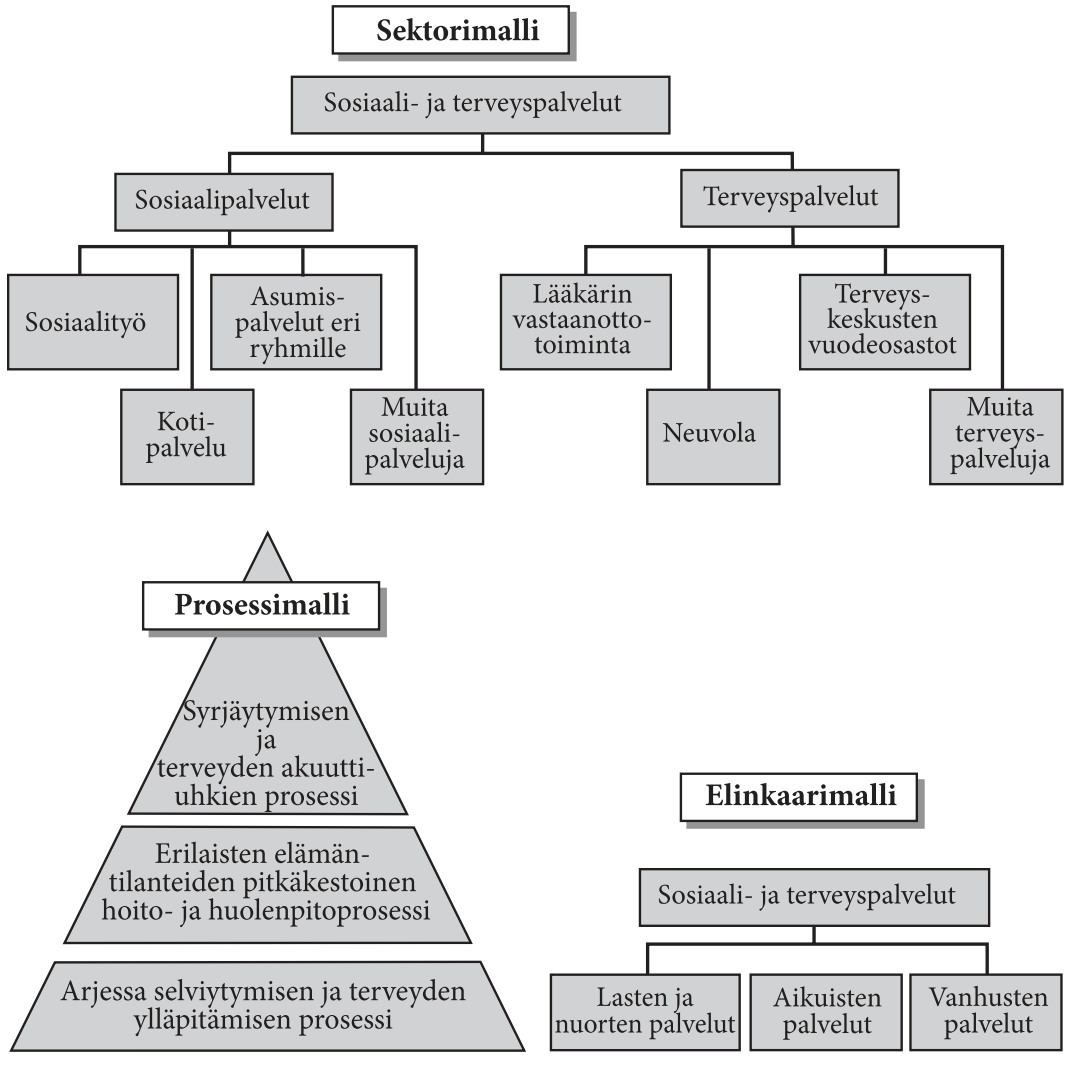
Palvelujärjestelmän uudistaminen

Viime vuosina on voimakkaasti pyritty uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää (STM 2010:34, ks. myös www.alueuudistus.fi). Uudistamispyrkimystä on perusteltu useimmiten niukkenevilla resursseilla ja siihen liittyvällä tuottavuuden lisäämisen vaatimuksella. Niukkenevat resurssit on useimmiten sidottu kuntien talouteen, vaikka sinänsä kuntien ja valtion talous on voimakkaasti kytköksissä toisiinsa. Esimerkiksi peruspalveluohjelman 2011–2014 (2010) mukaan vuosina 2011–2014 kuntien verotulojen (ml. kunnallisverotus, kiinteistöverotus ja yhteisöverotus) arvioidaan kasvavan keskimäärin 3,2 prosenttia vuodessa. Tästä kasvusta huolimatta peruspalveluohjelman mukaan kuntatalous pysyy lähivuodet veronkorotusten ja velkaantumisen tiellä, ellei kuntien menojen kasvu hidastu olennaisesti ja pysyvästi. Useimmiten kuntatalouteen liittyvien menojen kasvua on selitetty väestön ikääntymisellä ja siihen liittyvällä palvelutarpeen kasvulla (esim. Parkkinen 2007).

Palvelujärjestelmän sisällöllisiksi ongelmiksi on tunnistettu myös sen monimutkaisuus, toimintojen päällekkäisyys ja järjestelmälähtöisyys. Järjestelmässä ei ole korostettu asiakkaiden tai potilaiden tarpeita vaan lähtökohtana on voinut olla melko pysyvä palvelukokonaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset syntyvät pääosin henkilöstön palkkakustannuksista. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuteen liittyvät ongelmat ovat korostuneet. Tämä on liittynyt esimerkiksi siihen, onko sosiaali- ja terveydenhuolto houkutteleva työpaikka tai kuinka suuri osa työikäisistä voi työskennellä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Näihin kysymyksiin palataan luvussa 12.

Palvelurakenteen uudistamisella on pyritty kasvattamaan sitä väestöpohjaa, jolle sosiaali- ja terveyspalveluja organisoidaan. Esimerkkejä täs-

tä on laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007, ns. Paras-lainsäädäntö ja menossa oleva sote-uudistus (www.alueuudistus.fi). Palvelurakenteen uudistamiseen liittyvä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen erottaminen vaatii paljon sekä valtakunnallista että alueellista johtamistyötä, sillä uudistaminen koskettaa lähes kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita isona muutosprosessina (ks. lisää luku 7). Samalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävä, joka on suunniteltu jäävän kunnille, etsii vielä muotojaan (Paronen ym. 2017). Samanaikaisesti eri kunnissa, kuntayhtymissä tai erilaisissa aluepohjaisissa organisaatioissa on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon sisäistä rakennetta. Yhä useammin on irtaannuttu tavanmukaisesta sektorilähtöisestä rakenteesta ja siirrytty erilaisiin elämänkaarimallien, prosessiorganisaatioiden ja tilaaja-tuottajamallien hybrideihin (kuvio 1).



Kuvio 1. Yksinkertaistettuja kuvitteellisia esimerkkejä organisaatiorakenteista.

Olipa malli mikä hyvänsä, koordinoinnin ja integroinnin haasteet tulevat eri sektoreiden tai prosessien välille. Esimerkiksi poliittisessa päätöksenteossa ja johtamisessa tärkeänä pidetyt kehittämiskohteet ovat voineet jäädä toteutumatta sektoreiden tai prosessien yhteistyön puutteen vuoksi. Johtajilla on keskeinen rooli näiden koordinaatiopisteiden näkyväksi tekijänä ja yhteistyön edistäjänä (ks. tarkemmin luvusta 5).

Kaikkien uudistamispyrkimysten taustalla on myös palvelujen laadun kehittäminen. Laadun määrittelyyn vaikuttaa se, tarkastellaanko lopputuloksen vai prosessin laatua ja kenen näkökulmasta laatua tarkastellaan (ks. Øvretveit 1998, Paljärvi ym. 2007, Pekurinen ym. 2008, Tepponen 2009). Laatu nousee esiin esimerkiksi palvelujen saatavuutta, asiakkaiden koh-

telua, potilasturvallisuutta tai alueellista tasa-arvoa koskevina kysymyksinä. Lisäksi laatuun vaikuttavat palveluodotusten muutokset. Esimerkiksi terveyteen on liitetty kaksi paradoksia. Vaikka ihmisten terveys on kohentunut, tyytyväisyys omaan terveyteen on vähentynyt. Samanaikaisesti terveyspalvelujen tarve ja kustannukset ovat kasvaneet, vaikka suomalaiset ovat yhä terveempiä. (Pelkonen 2005.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden murroksen ohella viime vuosina sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen trendinä on ollut pyrkimys tietoon perustuvaan kehittämiseen. Tiedolla on tarkoitettu niin kokemustietoa, tutkimustietoa kuin arvotietoa. Näyttöön perustuvasta toiminnasta (evidence based) on keskusteltu erityisesti terveydenhuollossa (esim. Perälä ym. 2008) mutta yhä enemmän myös sosiaalityössä ja sosiaalipalveluissa (esim. Korteniemi & Borg 2008, Paasio 2014). Näyttöön perustuva ajattelu on tullut osaksi alan opetusta, tutkimusta ja käytäntöä. Työelämässä siihen on viitattu esimerkiksi Käypä hoito -suosituksilla ja hyvillä käytännöillä.

Johtamisen olennainen kysymys on, miten tutkimustieto, asiantuntijakokemus ja muutoskohteen tilanneymmärrys pystytään integroimaan niin, että parhaat mahdolliset käytännöt ja toimenpiteet saadaan toteutetuksi palvelutuotannossa. Esimerkiksi eri hoitomuotojen kustannusvaikuttavuuden analyysit antavat tietoa siitä, mitkä hoitomuodot ovat tarkoituksenmukaisia eri potilasryhmille, mutta saadun tutkimustiedon hyödyntäminen toiminnan muuttamisessa tai resurssien allokoinnissa ei välttämättä ole helppoa esimerkiksi muutosvastarinnan vuoksi. Samalla hyvät toimintamallit eivät välttämättä siirry yksiköiden välillä vaan sitoutuminen aikaisempaan toimintamalliin eli polkuriippuvuus on vahvaa. Huonoimmillaan muiden tuottamia ratkaisuja ei olla valmiita edes arvioimaan oman toiminnan kehittämisessä tai kehittämiseen lähdetään ilman todellista tarvetta tai ilman vahvaa ymmärrystä siitä, miten kehitetty toiminta myöhemmin integroituu organisaation perustehtävään. Sinänsä myös vaikuttavuuden mittaamiseen liittyy paljon epävarmuutta (Saarni 2010).

Sama tutkimuksellisen näytön vaatimus kohdistuu myös johtamiseen. Viime vuosina on alettu puhua myös ”evidence-based managementista”. Terveydenhuollon osalta sillä on tarkoitettu sitä, miten johtaja mahdollistaa näyttöön perustuvaa toimintaa hoitokäytännöissä, tai hänen kykyään tehdä oikeita johtamispäätöksiä (ks. Young 2002, Holopainen ym. 2013). Kokonaisuudessaan johtajan rooli on keskeinen kehittämistoiminnassa. Hän voi vaikuttaa siihen, mihin kehittämistoimintaa suunnataan, millä resursseilla ja miten muilta oppien.

Kehittämiseen, näyttöön perustuvaan toimintaan ja arviointiin liittyviä linkkejä

Kansalliset sivustot
- Hyvä käytäntö -toiminta (http://www.innokyla.fi/)
- Käypä hoito -suositukset (http://www.kaypahoito.fi/)
- Terveysportti (http://www.terveysportti.fi/)
- SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry (http://www.soste.fi/)
- Suomen arviointiyhdistys (http://www.sayfes.fi/arviointiyhdistys/)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (erityisesti tutkimus ja kehittäminen sivustot ja linkit, http://www.thl.fi/)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimusnäyttöä kokoavat kansainväliset tietopankit
- Campbell library (pääpaino sosiaalitieteellinen tutkimus, http://www.campbellcollaboration.org/)
- Cochrane library (lääketieteen tutkimus, http://www.cochrane.org/)
- Joanne Briggs Institute (Terveystieteellinen tutkimus, http://joannabriggs.org/ ja http://www.hotus.fi/jbi-fi/joanna-briggs-instituutti-jbi-ja-suomen-jbi-yhteistyokeskus)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehittävät työntekijät, organisaatiot ja ulkopuoliset toimijat (ks. esim. Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2006, Virtanen ym. 2011). Erikoissairaanhoidolla on vanhastaan ollut kehittämisvastuuta terveydenhuollosta. Vastaavasti erityisesti isot kaupungit ja kuntayhtymät ovat pystyneet irrottamaan toimijoita myös sosiaali- ja terveystoimen kehittämiseen. Pienten kuntien resurssit taas ovat usein olleet pienemmät, minkä vuoksi alueelliset kehittämis- ja osaamisverkostot ovat olleet tärkeitä. Osana käynnissä olevaa sote-uudistusta myös kehittämisrakenteet tulevat osittain muuttumaan (esim. Lammintakanen ym. 2016).

Kehittämisverkostoja ovat organisoineet esimerkiksi sosiaalialan osaamiskeskukset. Lainsäädännön mukaan niiden tehtävänä on muun muassa kehittää ja välittää sosiaalialan osaamista ja asiantuntemusta. Uudistuvassa sosiaali- ja terveysalan järjestämisen lainsäädännössä (STM 2010:34) määritellään kehittämisvastuita. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei kehitetä ainoastaan sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kautta, vaan viime vuosina toimintaan ovat osallistuneet tai sitä ovat rahoittaneet yhä enemmän myös muiden kuin sosiaali- ja terveysministeriön toimijat, esimerkiksi Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus, Tekes.

Erilaiset hanke- ja rahoitusmekanismit (esim. sosiaali- ja terveysministeriön Kaste I- ja II-hanke, STM 2010:27 tai Tekesin ohjelma Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä 2008–2015 tai hallituksen kärkihankkeet 2015 alkaen), ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä rikkaus mutta myös haaste. Esimerkiksi projektirahoitukseen sidottu kehittämisaika ei ole aina ollut riittävä tulosten saamiseksi eikä pitkäkestoinen kehittämistyö ole aina toteutunut. Parhaimmillaan projektityöskentely on erinomainen johtajan väline kehittämisessä. Suurin osa kehittämistoiminnasta tosin tapahtuu työntekijöiden arkityössä. Oletuksena on, että jokaisen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ja myös johtajan perustyön pitäisi sisältää kehittämistä ja uuden oppimista. Tällöin puhutaan esimerkiksi työyhteisöjen kehittämisestä tai yksittäisten työntekijöiden ammatillisesta kehittymisestä esimerkiksi koulutuksen, mentoroinnin tai työkierron avulla. Näihin teemoihin palataan luvussa 12.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä on lähestytty viime vuosina myös innovaatiokäsitteistön avulla. On tutkittu esimerkiksi innovatiivisuutta edistäviä tai estäviä tekijöitä (esim. Kangas & Paasivaara 2010). Teknisten innovaatioiden sijasta on yhä enemmän alettu puhua palveluinnovaatioista tai sosiaalisista innovaatioista. Erityisesti käsite ”sosiaalinen innovaatio” on etsinyt paikkaansa, mutta esimerkiksi Hannu Hämäläinen (2005, 198) on määritellyt ja luokitellut sen seuraavasti: ”Sosiaalinen innovaatio on yksilön, ryhmän tai yhteisön luovan toiminnan tuloksena syntynyt uusi idea, joka johtaa lisäarvoa tuottavaan tulokseen yksilön tai yhteisön hyvinvoinnissa, terveydessä tai palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveydenhuollon innovaatiokäsite kattaa

– systeemiset innovaatiot, jotka koskevat lainsäädäntöä, ohjausjärjestelmää (normit, suositukset), palvelujen ja etuuksien järjestämistä kansallisesti, alueellisesti, seudullisesti ja paikallisesti sekä niiden erilaisia järjestämistapoja ja -muotoja
– sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevat innovaatiot, jotka kehittävät esimerkiksi hoitokäytäntöjä, hoitoprosesseja, palveluketjuja ja asiakaslähtöisyyttä
– yksilöiden ja väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevat innovaatiot, jotka ylläpitävät tai lisäävät yksilön toimintakykyä asumisessa, työssä, asioinnissa julkisissa ja yksityisissä palveluissa, vapaa-aikana
– hyvinvoinnin ja terveyden tuote- ja palvelumarkkinoita koskevat innovaatiot, jotka vastaavat yksilöiden hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämisen tai kehittämisen tarpeeseen."

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä on oltu ajoittain huolissaan teknisten innovaatioiden, kuten tietojärjestelmien, vahvasta ohjaavasta roolista (ks. lisää luvusta 11). Tekniset innovaatiot ovat tärkeitä asiakas- ja potilasprosessien kehittämisessä, mutta niiden soveltamisessa olennaista on käyttäjä- ja toimintalähtöisyys. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan myös sosiaalisia innovaatioita, sillä paraskaan tekninen innovaatio ei toimi, ellei sitä hyödynnetä.

Keskeistä:

- Johtajan on tunnettava ja hallittava sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus ja sen käsitteistö. Johtamistyön sisällöt vaihtelevat ja muuttuvat eri tehtävissä toimintaympäristön muuttuessa.
- Palvelujärjestelmän muutos luo jatkuvasti uusia johtamisosaamiseen liittyviä vaatimuksia. Keskeisiä muutostekijöitä ovat olleet esimerkiksi lainsäädännön muuttuminen, monituottajuuden korostuminen, rakenteelliset muutokset ja vahvistuva toiminnan vaikuttavuuden vaatimus.
- Henkilöstön pitkäkestoinen sitoutuminen kehittämiseen edistää palvelujen laatua. Projekti on hyvä työväline kehittämiselle, mutta se vaatii vahvaa johtamista ja ymmärrystä siitä, mihin projekti tähtää.

2
Politiikka ja strategia sosiaali- ja terveysjohtamisessa

Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen

”Yritämme vastata kysymyksiin mihin mennään, mitä tehdään ja miten tehdään, emme vain strategian tavanomaiseen kysymykseen mihin mennään.”

STM (2006:14, 3)

Sosiaali- ja terveysjohtaminen kytkeytyy olennaisesti sekä valtakunnalliseen että alueelliseen sosiaali- ja terveyspolitiikkaan ja strategiseen toimintaan. Usein poliittinen päätöksenteko ja strategian luonti ovat johtamisen näkökulmasta kietoutuneet yhteen. Tässä luvussa avataan sosiaali- ja terveyspolitiikkaa ja strategiaa sosiaali- ja terveysjohtamisen näkökulmasta.

Politiikan ja strategian käsitteet ja tavoitteet

Sosiaali- ja terveyspolitiikka luo puitteet alan johtamiselle. Sosiaali- tai terveyspolitiikkaa voidaan määritellä esimerkiksi sen tavoitteiden tai kohteiden näkökulmasta. Historiallisesti sosiaalipolitiikan yksi osa on ollut terveyspolitiikka. Muita osa-alueita ovat olleet esimerkiksi koulutus- ja asuntopolitiikka. Nykyisin yhteiskuntapolitiikka kuitenkin katsotaan yhä useammin yläkäsitteeksi, jonka osa-alueita sosiaali- ja terveyspolitiikka ovat. Toisaalta hyvinvointipolitiikalle on voitu antaa sama yläkäsitteen rooli, jolloin sosiaali- ja terveyspolitiikka yksin tai yhdessä muiden osa-alueiden kanssa ovat muodostaneet hyvinvointipolitiikan. Sosiaali- ja terveyspolitiikan suhde käsitteisiin hyvinvointipolitiikka ja yhteiskuntapolitiikka ei siten ole yksiselitteinen (ks. Niemelä 2010).

Terveyspolitiikassa on välillä erotettu toisistaan laajempi, kaikkeen yhteiskunnalliseen toimintaan kohdistuva terveyspolitiikka ja suppeampi, vain terveydenhuoltoa koskeva terveydenhuoltopolitiikka (Nissinen ym. 1994). Laajemman tulkinnan mukaan sosiaali- ja terveyspolitiikka läpäisee myös muita politiikan alueita, sillä eri hallinnonalojen päätöksenteolla on merkittäviä vaikutuksia sekä yksilöiden terveyteen että hyvinvointiin (esim. EU:n terveys kaikissa politiikoissa strategia, Health in All Policies, EU:n sosiaalipoliittinen toimenpideohjelma, Social Policy Agenda, Ståhl ym. 2006, Tukia ym. 2008, Ahola ym. 2010, STM 2011:1). Konkreettisesti tämä on voinut ilmetä esimerkiksi vaatimuksina ottaa huomioon terveyden edistäminen ja hyvinvointi- ja terveysvaikutukset kaikkien hallintokuntien päätöksenteossa.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan määrittelyssä korostuvat myös yleisemmät politiikkaan liittyvät ominaisuudet. Usein politiikka käsitetään yhteisten asioiden hoitamiseksi. Politiikka on siten toimintaa, jolla pyritään saamaan aikaan kaikkia kansalaisia sitovia päätöksiä ja sovittamaan yhteen eri toimijoiden näkemyksiä. Politiikka on ensisijaisesti ryhmän jäsenten keskinäistä toimintaa. Jäsenillä voi olla erilaisia näkemyksiä niin tavoitteista kuin keinoistakin. Politiikkaa voi luonnehtia myös konflikteiksi, yhteistyöksi, neuvotteluiksi, taisteluksi vallasta ja omien etujen ajamiseksi. Po-

litiikka on välttämätöntä, sillä yhteisiä päätöksiä tarvitaan voimavarojen kohdentamisesta, muihin ryhmiin suhtautumisesta ja tulevaisuuden suunnittelusta. Politiikka on myös eliittivallan käyttöä, joka kanavoituu puolueiden toiminnan kautta. (Paloheimo & Wiberg 1997, Wiberg 2005.)

Politiikan määrittelyssä erotetaan usein kaksi ulottuvuutta: politiikan tekeminen tai puoluepoliittinen toiminta (politics) ja politiikan linjaukset tai sisältö (policy). Sosiaali- ja terveyspolitiikan tutkimuksessa on keskitytty lähinnä jälkimmäiseen eli toimintapolitiikkojen tutkimukseen (esim. Sihto 1997, Rauhala 1998, Haverinen 1999, Perttilä 1999, Leskinen 2001, Ala-Kauhaluoma 2007, Keskitalo 2008, Kotiranta 2008). Toimintapolitiikalla tarkoitetaan poliittisessa prosessissa syntynyttä päätöstä siitä, millaiseksi jokin asia on aiottu tai tarkoitettu. Toimintapolitiikka kirjataan esimerkiksi poliittisiksi kannanotoiksi, laeksi ja rahoituspäätöksiksi. Toimintapolitiikka sisältää kaikki yhteisesti sovitut menettelytavat (myös tavoitteet ja keinot). Toimintapolitiikalla on ajateltu olevan vaikutusta johonkin määriteltyyn ongelmaan, ja sillä on toivottuja tai epätoivottuja vaikutuksia myös väestöön. Toimintapolitiikalla voidaan myös tarkoittaa politiikan prosessin eri vaiheissa olevaa tuotosta, eli sen ei tarvitse olla päätetty vaan se voi olla myös valmistelu- tai suunnitteluvaiheessa. (Leskinen 2001, Hämäläinen & Hyppönen 2006.)

Strategia-käsitettä voidaan pitää liike-elämään liittyvän tutkimuksen vastineena politiikan käsitteille. Molemmilla pyritään kuvaamaan laajasti ymmärrettynä toimijan tahtotilaa. Esimerkiksi Pauli Juuti ja Mikko Luoma (2009, 25–26, 279) kokoavat strategiamäärittelyä rationaalisen ja lineaarisen ajattelun pohjalta seuraavasti: strategia on 1) organisaation pitkän tähtäyksen suunta ja menestyksen konsepti, 2) tapa, jolla organisaatio hyödyntää resurssejaan muuttuvassa toimintaympäristössä, 3) ainutlaatuisuuden, kilpailuedun tai ylivoimaisuuden lähde, 4) tapa, jolla organisaatio täyttää markkinoiden ja sidosryhmien odotukset, tai 5) täsmällisemmin organisaation tietoinen tulevaisuuteen liittyvä suunnanmääritys.

Usein yleisissä strategiamäärittelyissä on nostettu esiin strategian historiallinen tulkinta: strategia tarkoittaa kreikan kielestä johdettuna ”sodan johtamisen taitoa”. Lisäksi paljon näkyvyyttä ovat saaneet Henry Mintzbergin ja hänen kollegoidensa (1987) näkemykset strategiasta. Mintzberg

on esimerkiksi kuvannut strategian ja sen erilaisten tulkintojen perusteluja. Strategian on voitu katsoa antavan organisaatiolle suunnan, kohdistavan ja yhtenäistävän organisaation tekemistä ja rakentavan identiteettiä. Toisaalta niin sanottujen 5 P:n mukaan strategia on mahdollista katsoa tietoiseksi suunnitelmaksi (plan), juoneksi markkinoilla (ploy), toimintamalliksi (pattern), asemoinniksi suhteessa muihin (position) tai näkökulmaksi (perspective) (esim. Mintzberg 1992).

Toisenlaisen strategiaymmärryksen tuo postmoderniin maailmankuvaan sitoutuminen, jossa strategia voidaan katsoa esimerkiksi käynnissä oleviksi kertomuksiksi, merkityksiksi tai diskurssiksi (ks. Juuti & Luoma 2009, luku 4). Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon strategiapuheesta kuitenkin perustuu yhä rationaaliseen maailmankuvaan, vaikka tutkimus on nostanut esille yhä enemmän strategiaa käytäntönä ja toimintana, jossa esimerkiksi erilaista toimintaa yhdistävä strategian luonti ja toteutus muodostuvat yhdeksi jatkuvasti muuttuvaksi kokonaisuudeksi (ks. lisää esim. Lehtimäki 2000, Strandman 2009, Laine 2010, Sorsa ym. 2010). Myös politiikkaa on mahdollista tarkastella joko rationaaliseen maailmankuvaan pohjautuvana toteutumisena tai postmodernina diskurssina.

Strategia-käsitteistä strategia-ajattelu on usein tulkittu laajimpana käsitteenä. Strateginen ajattelu (ks. tarkemmin esim. Toikka 2002) kattaa strategisen analyysin, strategisen suunnittelun ja strategisen johtamisen tai strategisen oppimisen. Strategiseen johtamiseen on voitu sisällyttää sekä strategian luonti että toimeenpano, mutta usein strateginen johtaminen on katsottu lähinnä strategian toimeenpanoksi (vrt. politiikan toimeenpanoon).

Strategia-ajatteluun liittyvät käsitteet ja toimintatavat ovat tulleet täydentämään tai osin korvaamaan tavanmukaisempaa politiikan kieltä ja suunnittelun aikakautta myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yksinkertaistetusti voidaan todeta, että politiikka tapahtuu poliittisilla areenoilla kansallisen, maakunnallisen ja kuntatason poliittisissa organisaatioissa, kun taas näkemysten vaihto ja toimintamallien etsintä organisaatioissa tai tietyllä hallinnonalalla tapahtuvat yhä enemmän strategia-ajattelun ja käsitteistön pohjalta. Pauli Juuti ja Mikko Luoma (2009, 24) ovat todenneet, että vaikka julkinen sektori hyödyntää periaatteessa samoja strategiakäsitteitä kuin yksityiset toimijat, niiden strategiapainotuksessa on ero-

ja. Julkinen sektorin ”liiketoimintastrategia” ei tavallisesti pyri ylivoimaisuuteen muihin toimijoihin nähden vaan rakentamaan ehyttä ja erilaisia sidosryhmiä tyydyttävää kokonaisuutta niistä elementeistä, joista kulloinenkin ”liiketoiminta” muodostuu. Risto Harisalo kollegoineen (2007) puolestaan ymmärtää strategian julkisen politiikan rakennetekijäksi, joka määrittää julkisen politiikan luonteen, aseman ja merkityksen. Valittu strategia antaa julkiselle vallalle ensisijaisen, verkostomaisen tai mahdollistavan roolin suhteessa muihin toimijoihin.

Vaikkei sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydessä ole pystytty määrittelemään yksiselitteisesti politiikkaa tai strategiaa käsitteenä vaan asiayhteys määrittää niiden sisältöä (esim. valtakunnallinen politiikka ja strategia ja organisaation henkilöstöpolitiikka ja strategia), on tärkeä tunnistaa politiikan ja samalla organisaation strategiatavoitteita, jotka luodaan sekä poliittisessa päätöksenteossa että organisaation muissa sidosryhmissä (esim. STM 2011:1 ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia”, STM 2014:13 ”Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014”). Erityisesti hallitusohjelma on hallituksen poliittisen tahdon ilmentymä (hallinnon megastrategia), jossa kuvataan vaalikauden keskeisimmät yhteiskuntapoliittiset tavoitteet, jotka määrittävät muiden toimijoiden tavoitteita. Myös sosiaali- ja terveydenhuollossa valtakunnalliset ja alueelliset politiikan tavoitteet luovat tai niiden ainakin pitäisi luoda pohja yksittäisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden strategioille.

Sosiaali- ja terveyspolitiikassa ja strategiatyössä tavoitteiden asettaminen on keskeinen tehtävä. Poliitikkojen ja asiantuntijoiden (myös johtajien) roolit ovat erilaiset näissä prosesseissa. Esimerkiksi toimintaympäristön muutoksen arviointi ja siihen varautuminen ovat ennen kaikkea asiantuntijatyötä. Uusien tavoitteiden asettaminen ja painopisteiden muuttaminen sen sijaan on nimenomaan politiikan ja politiikkojen tehtävä. (Kantola & Kautto 2002, 157–158.)

Sosiaali- ja terveyspolitiikassa tavoitteiden asettamiseen liittyy erilaisia ongelmia (ks. Kantola & Kautto 2002, Berg & van der Grinten 2003). Tavoitteet eivät ole aina yksiselitteisiä, ja harvoin voidaan asettaa vain yhtä tavoitetta. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollolla on myös tavoitteita, jot-

ka eivät suoraan kuulu sen tehtävään, kuten kansalaisten turvallisuudentunteen ylläpitäminen. Tällöin on vaarana, että sosiaali- ja terveydenhuollossa pyritään ratkomaan kalliisti ongelmia, jotka olisi mahdollista hoitaa muilla palveluilla. Tavoitteet ovat myös muuttuvia ja sidoksissa toimintaympäristöön, mikä vaikeuttaa niiden hahmottamista ja muotoilua. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon alan sisältä tai eri tasoilta (aluetaso tai organisaatiotaso) nousevat tavoitteet ja valtakunnalliset poliittiset tavoitteet voivat olla ristiriidassa keskenään.

ESIMERKKI	**Sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteita ja muutoksia**

Suomalainen sosiaali- ja terveyspolitiikka on kansainvälistynyt. Sen sisältöön ja muotoutumiseen vaikuttavat kansainväliset muutosvoimat, kuten globalisaatio ja Euroopan unioni. Terveyspolitiikassa Suomella on ollut pitkä historia kansainvälisen terveyspolitiikan tavoitteiden omaksumisessa. Esimerkiksi Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma on kansainvälisen terveysjärjestön (WHO) 1980-luvulla muotoilema ohjelma, jonka tavoitteet luovat edelleen suomalaisen terveyspolitiikan perustan. Ohjelmassa jo tuolloin mainitut terveydentilan tasotavoite ja jakaumatavoite muotoillaan 2000-luvun terveyspoliittisessa ohjelmassa seuraavasti: tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Voimassa oleva Terveys 2015 -ohjelma on laaja-alainen terveyden edistämiseen painottuva ohjelma. Sosioekonomisten terveyserojen pienentäminen on kuitenkin edelleen terveyspoliittinen haaste (ks. Perttilä 1999, STM 2001:4, Rahkonen & Lahelma 2010).

Terveyspolitiikan tavoitteita on voitu lähestyä myös terveydenhuollon päämäärien pohjalta. Niiksi on tunnistettu esimerkiksi 1) sairauden ja vammautumisen ehkäisy ja terveyden edistäminen ja ylläpito, 2) sairauden aiheuttaman kivun ja kärsimyksen lieventäminen, 3) sairauden hoiva (care) ja hoito (cure) sekä parantumattomasti sairaiden hoiva ja 4) ennenaikaisen kuoleman estäminen ja rauhallisen kuoleman salliminen (Hastings Center Report 1996).

Sosiaalipolitiikalla on pyritty vastaamaan kunkin historiallisen aikakauden keskeisiin kysymyksiin, esimerkiksi köyhyyteen, työelämän muutoksiin tai syrjäytymiseen (ks. esim. Jaakkola ym. 1994, Karisto ym. 1999, Kananoja ym. 2008). Erityisesti 1960-lukua on pidetty laajentuvien sosiaalipoliittisten tavoitteiden alkuvaiheena. Sosiaalipolitiikan kehitystä on voitu selittää erilaisilla teorioilla. Esimerkkejä niistä ovat funktionalistinen (esim. yhteiskunnan muutokseen liittyvä selitys) ja rakenteellis-poliittinen teoria (esim. eri yhteiskuntaluokkien perusteella tarkastelu). Antti Karisto, Pentti Takala ja Ilkka Haapola (1999) ovat todenneet, että sosiaalipolitiikkaa ja sen kehitystä koskevan teoreettisen kirjallisuuden opetus on, ettei sosiaalipolitiikan ainoana tehtävänä ja sen harjoittamisen ainoana motiivina ole kansalaisten hyvinvoinnin parantaminen vaan sosiaalipolitiikka kytkeytyy myös tuotannon edellytyksiin, väestönkasvuun, poliittiseen eheyteen, yhteiskuntarauhaan ja kansalaiskasvatukseen.

Sosiaali- ja terveyspolitiikkaa on määritelty myös yhdessä, esimerkiksi Sosiaali- ja terveyskertomuksessa (2010:1, 23) ”Sosiaali- ja terveyspolitiikka vastaa toimintaympäristön muutostekijöihin. Tavoitteena on, että väestön toimintakyky ja sosiaalinen hyvinvointi parantuvat, väestöryhmien väliset terveyserot kaventuvat, työssäoloaika pitenee keskimäärin kolmella vuodella, köyhyys ja syrjäytyminen vähenevät, sukupuolten tasa-arvo vahvistuu, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulma vakiintuu yhteiskuntapolitiikassa, palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus paranevat, toimeentuloturva takaa kohtuullisen toimeentulon ja kannustaa työhön sekä että sosiaaliturvan kestävä rahoitus perustuu yhteisvastuuseen, jota omavastuu täydentää.” Näin sekä sosiaali- että terveyspolitiikassa ovat korostuneet sekä koko väestöä koskevat tavoitteet että eriarvoisuuden väheneminen ja suhteellisesti huonoimmassa olevan väestöryhmän aseman parantuminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä pyrkii tuottamaan terveyttä ja hyvinvointia eikä kilpailemaan esimerkiksi toisten yksikköjen kanssa tuotetuista toimenpiteistä. Keskeisiä sidosryhmiä ja siten sosiaali- ja terveyspolitiikan toimijoita ovat poliittisten päätöksentekijöiden lisäksi muun muassa palvelujen tuottajat, ammattilaiset, kansalaiset ja media. Kullakin intressiryhmällä on omat tavoitteensa, joita ne pyrkivät edistämään poliittisissa prosesseissa. Tästä hyvä esimerkki on

viime vuosien valinnanvapauskeskustelut (Junnila ym. 2016). Tätä tavoitteiden esille nostamista on voitu lähestyä esimerkiksi lobbauksen näkökulmasta (ks. esim. Jaatinen 1999, Saarinen 2010). Asiakkaiden tarpeet eivät ole aina olleet keskeinen strategian lähtökohta, vaan sitä ohjaavat esimerkiksi palvelujen tuottajien tai ammattilaisten intressit.

Päätöksenteko ja toimeenpano

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on tärkeää tuntea poliittiseen päätöksentekoon liittyvät prosessit niin juridisesti (esim. hallintomenettelylaki, esittelijävastuu) kuin sisällöllisesti (esim. prosessin toimintaperiaatteet, valtasuhteet ja vaikuttamiskeinot). Kyky tulkita toimintaympäristöä mahdollistaa johtajana menestymisen. Risto Harisalo kollegoineen (2007) korostaa, että eri alojen ammattilaisten on tunnettava oman alansa lisäksi se kokonaisuus, jossa he työtään tekevät. Kun asiantuntijat tuntevat julkisen toiminnan logiikan ja mahdollisuudet, heidän on helpompi tehdä yhteistyötä ja käyttää myös toistensa voimavaroja yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Samalla vältytään ristiriitaisilta päätöksiltä ja valinnoilta.

Suomalainen poliittinen järjestelmä pohjautuu demokratiaan. Poliittiset instituutiot, kunnat ja valtio, edustavat julkista areenaa, kansalaisvaikuttamista ja demokratiaa. Demokratia toteutuu poliittisessa toiminnassa ja turvaa kansan tahdon toteuttamisen. Demokratian perustana on se, että kansalaiset ovat sekä päätöksenteon kohteena että palveluja tuottavien organisaatioiden kontrolloijia. (Harisalo ym. 2007.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa johtaja voi vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaan politiikan muotoiluun sekä kansalaisena että alan asiantuntijana. Kansalaisena vaikuttamisen keinoja ovat 1) vaalitoiminta, 2) osallistuminen mielipiteen muodostukseen ja 3) valituskäytännöt. Demokraattinen järjestelmä mahdollistaa vaikuttamisen, mutta olennaista on vaikuttamisen oikea-aikaisuus (Wiberg 2005). Suomessa edustuksellinen demokratia toteutuu monipuoluejärjestelmän avulla. Kansallisesti monipuoluejärjestelmä toimii, mutta kunnissa ja maakunnissa monipuoluejärjestelmä ei ole niin selkeästi havaittavissa, vaikka puolueilla on vahva asema alueellisessa päätöksenteossa. Matti Wiberg (2005) on tutkimuksissaan todennut,

että äänestysvallan mukaan tarkasteltuna lähes puolessa Suomen kunnista yksi puolue dominoi äänestyspäätöksissä. Puolueiden valtasuhteiden muutokset eivät välttämättä aiheuta radikaaleja suunnanmuutoksia julkisessa politiikassa, sillä Suomessa viranhaltijat (esim. ministeriöiden tai kuntien henkilöstö) eivät vaihdu vaalien yhteydessä.

Päätöksenteko on sekä poliittisen toiminnan että johtamisen ydintä. Päätöksenteossa tehdään valintoja ja siinä sovitetaan yhteen sekä faktatietoa että arvoja (ks. lisää Simon 1982, Jalonen 2007). Poliittisen päätöksentekoprosessin vaihemalleja on esitetty useita (taulukko 2). Prosessi voidaan esittää esimerkiksi kolmivaiheisena, jolloin siihen kuuluvat 1) politiikan muotoutumisen ja teon vaihe, 2) valinnan, ratkaisun ja päätöksenteon vaihe sekä 3) toimeenpanon ja siihen liittyvän valvonnan vaihe. Vastaavasti se voidaan esittää kuusivaiheisena, jolloin siihen kuuluvat 1) aloite, 2) muotoilu, 3) päätös, 4) toimeenpano, 5) arviointi ja 6) uudelleenmuotoilu. Vaiheet eivät välttämättä etene suoraviivaisesti eteenpäin, vaan prosessi voi keskeytyä tai muuttua missä tahansa vaiheessa toimintaympäristön muutosten vuoksi. (Paloheimo & Wiberg 1997, Milio 1998, Perttilä 1999, Möttönen 2002.) Samankaltaista vaihe-ajattelua on löydettävissä myös esimerkiksi strategiaprosesseista, kun puhutaan toimintaympäristön analyysistä, strategian muotoilusta, toteutuksesta ja arvioinnista (ks. esim. Rannisto 2005, Juuti & Luoma 2009, Strandman 2009).

Päätöksentekoon liittyy myös piirteitä, jotka vaikuttavat politiikan tekemiseen. Kaikki poliittista päätöksentekoa edellyttävät asiat eivät välttämättä nouse politiikan asialistalle. Päätöksiä voidaan myös jättää tekemättä joko tietoisesti tai tiedostamatta tai päätöksentekijät eivät täysin usko prosessissa sovittujen tavoitteiden saavuttamiseen (Leskinen 2001, Wiberg 2005, Paronen 2015). Lisäksi jo tehdyt sosiaali- ja terveyspoliittiset päätökset vaikuttavat aina uusiin päätöksiin. Päätökset eivät myöskään ole irrallisia muusta yhteiskunnallisesta päätöksenteosta, vaan monilla muillakin hallinnonaloilla tehdyt päätökset, esimerkiksi asuntopolitiikka, yhdyskuntapolitiikka ja liikennepolitiikka, vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalveluihin ja niiden tarpeeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaja osallistuu poliittisen päätöksentekoon useimmiten vähintään yhdessä vaiheessa (toimeenpano), mutta

hänellä voi olla prosessissa myös muita rooleja. Johtaja voi nostaa asioita esiin, kun hän on huomannut jonkin epäkohdan tai laajempaa päätöksentekoa vaativan asian. Tässä vaaditaan johtajalta myös pelisilmää. Valmisteluvaiheessa johtajan on tärkeää tietää ainakin se, mitä asioita politiikassa on valmisteilla niin kansallisesti kuin alueellisesti. Lisäksi hän voi vaikuttaa valmisteluvaiheessa asiantuntijana päätöksen sisältöön. Arviointivaiheessa johtajan tehtäviin kuuluu päätöksiin liittyvän arviointitiedon tuottaminen omasta organisaatiosta.

Eniten kriittistä keskustelua on viime vuosina käyty erilaisten poliittisten tavoitteiden ja toimintaohjelmien sekä strategioiden toimeenpanosta. Tämä kulminoituu politiikassa poliittisen järjestelmän ja hallinnon väliseen työnjakoon. Yksinkertaistetusti politiikan tuottamat lait, asetukset ja päätökset toteuttaa hallinto. Siihen kuitenkin tarvitaan tietoisia pyrkimyksiä, ohjausta ja johtamista, sillä ”hallinto” koostuu useista eri toimijoista, joilla on omat näkemyksensä ja pyrkimyksensä. Sosiaali- ja terveyspolitiikassa toimeenpano voi kaatua poliittisten päättäjien, ammattilaisten ja väestön välisiin arvoristiriitoihin. Päätös (toimintaohjelma) voi olla myös tulkinnanvarainen, tai se voi jättää vastuukysymykset avoimiksi. Usein poliittiset tavoitteet ja toiminta muuttuvat hitaimmin niissä toiminnoissa, joissa muutostarve on suurin. Sen sijaan yhteinen tahto, sitoutuminen tavoitteisiin ja onnistunut vuorovaikutus edistävät toimeenpanoa (esim. Sihto 1997, Leskinen 2001).

Toteutus on kriittinen kohta myös strategiatyössä. Monet tutkimukset (esim. Kivinen 2008, Strandman 2009) ovat tuottaneet tietoa siitä, että kuntien tai sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden strategioita ei tunneta tai niihin ei sitouduta. Tällöin voidaan kriittisesti kysyä, mikä merkitys on rationaaliseen ajatteluun perustuvalla strategiatyöllä, jos se jää vain ylimmän johdon työksi, joka ei jalkaudu koko organisaatioon. Tärkeä kysymys on tällöin myös se, ketkä saavat tai joutuvat osallistumaan strategiatyöhön. Työntekijät ovat myös erilaisia: toiset ovat aktiivisia kehittämiseen ja uudistuksiin liittyvissä asioissa, kun taas toiset pitäytyvät vanhoissa rutiineissa. Johtamisen näkökulmasta ei voi olettaa, että työntekijät suhtautuvat aina innostuneesti toiminnan muuttamiseen. Näin tullaan sekä muutosjohtamisen kysymyksiin eli kysymyksiin siitä, miten muutosta saadaan aikaiseksi ja mikä rooli johtajalla tai viestinnällä on sen onnis-

tumiseen tai epäonnistumiseen (ks. lisää muutosjohtamista luvusta 7 ja dialogisuudesta luvusta 9), että henkilöstövoimavarojen johtamisen kysymyksiin (luku 12).

Taulukko 2. Poliittisen päätöksentekoprosessin ja strategiaprosessin vaiheet rationaalisen tutkinnan näkökulmasta (sovellettu teoksista Bryson 1995, Paloheimo & Wiberg 1997, Milio 1998, Perttilä 1999, Möttönen 2002, Rannisto 2005).

Poliittisen päätöksentekoprosessin vaihe		**Strategiaprosessin vaihe**	
Aloite	Poliittisella asialistalla käsitellään yleisiä ja yhteisiä asioita. Aloitteen tekijöinä voivat olla kuntalaiset tai kansalaiset, viranhaltijat, organisaatioiden edustajat tai luottamushenkilöt.	Strategiaprosessin suunnittelu ja osallistujista päättäminen.	Suunnitellaan prosessin aikataulu ja laajuus ja valitaan mukaan kutsuttavat osallistujat.
Muotoilu	Jäsennetään ongelma ja etsitään mahdollisia ratkaisuvaihtoehtoja. Arvioidaan eri päätösvaihtoehtoja niiden hyötyjen, haittojen, kustannusten ja mahdollisten muiden rajoitteiden näkökulmasta. Osallistetaan asianomaiset, kuten pyydetään lausuntoja eri tahoilta, järjestetään tiedotustilaisuuksia ja aktivoidaan kansalaiskeskustelua asiasta eri näkökulmien esiin saamiseksi.	Strategisten teemojen valinta. Strateginen diskurssi ja valmistelu.	Valinnan taustaksi selvennetään organisaation tavoitteet ja toiminta-ajatus. Tämän jälkeen analysoidaan tulevaisuuden muutoksia sisäisessä ja ulkoisessa ympäristössä. Käydään keskusteluja keskeisistä strategiavaihtoehdoista eri toimijoiden kanssa ja valmistellaan niitä.
Päätös	Valitaan esillä olevista vaihtoehdoista sopivin ja hyväksyttävin. Toimintapolitiikka koostuu usein useammasta kuin yhdestä päätöksestä. Siinä muotoillaan usein sekä tavoitteet että keinot tavoitteiden saavuttamiseksi.	Vaihtoehtoiset strategiat ja strategioiden valinta, tavoitteiden asettaminen.	Päätetään strategioiden sisältö keskustelujen ja valmistelun pohjalta.

Toimeenpano	Toimeenpanossa, joka on poliittisen päätöksenteon toteuttamista, yhdistyvät hallinnon toimijoiden, yhdistysten ja organisaatioiden toiminta. Toimeenpanovaihe kattaa kaikki ne toimet, jotka on suunnattu poliittisessa päätöksenteossa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.	Strategioiden toteutus ja arviointi	Strategioiden toteutus voi olla joko kokonaisvaltaista tai asteittain etenevää. Strategian toteutus helpottuu, jos prosessissa on sovittu selkeästi vastuujaot ja aikataulut. Arviointitietoa strategian toteutuksesta ja tavoitteiden saavuttamisesta kerätään eri toimijoilta ja eri tavoin. Arviointitiedon perustelleella voidaan muuttaa joko strategian tavoitteita tai strategian toteutusta.
Arviointi ja uudelleen muotoilu	Verrataan päätöksenteon tuloksia ja vaikutuksia asetettuihin tavoitteisiin. Palautetietoa hankitaan keskeisiltä intressiryhmiltä. Arviointitiedon perusteella voidaan päätyä politiikan uudelleen muotoiluun, jolloin palataan prosessin muotoiluvaiheeseen.		

Päätöksentekoon ja strategian luontiin liittyvät läheisesti valta ja vallankäyttö. Ne tulevat näkyviin erityisesti silloin, kun tilanteisiin liittyy ristiriitaisia intressejä. Poliittiset instituutiot (eduskunta, hallitus, valtuusto) ovat keskeisiä vallankäytön paikkoja, vaikka valtaa käytetään myös muualla, esimerkiksi arjen valinnoissa ja johtamisessa (esim. Kuusela 2010). Vallankäytön ydinkysymyksiä ovat: kuka saa, mitä saa, missä saa, milloin saa, miten se maksetaan ja kuka sen maksaa. Yleisyydestään huolimatta vallan käsite on monimuotoinen ja vaikeasti määriteltävissä. Valta on sidoksissa siihen tilanteeseen, jossa sitä käytetään. Valta on myös suhteellista, ja se ilmenee suhteessa toisiin ihmisiin ja ryhmiin. Se ei siis ole niinkään yksilön ominaisuus. Vallankäytössä on kyse inhimillisestä kokemuksesta. (Kuusela 2010.) Sinänsä valta voi perustua eri asioihin, esimerkiksi osaamiseen, asemaan tai tietoon. Yhteiskunnan kehityksen myötä osaami-

seen perustuva valta on syrjäyttänyt hierarkkista asemavaltaa. Heikki Patomäki (2007) määrittelee vallan ytimekkäästi kyvyksi tuottaa vaikutuksia. Hän jäsentää valtaa viiden kysymyksen avulla seuraavasti:

1) Kuka – jos kukaan – käyttää valtaa organisaatioissa (tekee päätöksiä, antaa käskyjä)?
2) Mitä asioita on asialistalla – ja mitä ei ole – ja miten asiat ovat päätyneet sinne?
3) Mitkä ja kenen ideat vallitsevat ja kenen intressit kärsivät?
4) Minkälaiset yhteiskunnalliset suhteet ja rakenteet ehdollistavat toimintaa ja vaikuttavat hallitsevien ideoiden valintaan?
5) Minkälaisia toimijuuden ja olemisen muotoja valta tuottaa?

Päätöksenteossa on yhtä tärkeää tunnistaa näkyvien intressien ja suunnitelmien lisäksi myös se, mitä ei sanota ja mitkä ovat todelliset tavoitteet toiminnan taustalla (Kuusela 2010). Strategiakeskustelussa tuodaan esiin usein ilmiöinä aiottu, tavoiteltu ja toteutunut strategia tai toteutumaton strategia (Mintzberg & Waters 1985) sekä piilostrategia, jotka voivat heijastella eri ryhmien vallankäyttöä. Käytännössä hyvätkin kehittämistavoitteet voivat kariutua. Esimerkiksi julkilausuttu strategia ja tavoite organisaatiotasoisesta oppimisesta saattaa jäädä vain tavoitteeksi ja piilotavoitteeksi saattaa edelleen jäädä pitää yllä henkilöstöryhmien tai yksilöiden oppimista esimerkiksi ammattiryhmien intressien vuoksi.

Professioajattelu sosiaali- ja terveysjohtamisessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita on usein nimetty asiantuntijaorganisaatioiksi, joissa professioilla on paljon valtaa. Professio-käsitettä on määritetty esimerkiksi erikoisasiantuntemuksen, korkean koulutuksen ja arvostuksen sekä ammatin harjoittamisen rajoittumisen näkökulmasta (ks. profession määrittelystä esim. Ikola-Norrbacka 2010). Useimmiten keskustelua on käyty erityisesti lääkärien ja muiden yliopistokoulutettujen työntekijäryhmien professioista. Johtamisen näkökulmasta huoleksi on nostettu professioiden haluttomuus tulla johdetuksi tai professioiden vähäinen kiinnostus tarkastella toimintatapojaan johtamiselle tärkeiden kysymysten eli esimerkiksi organisoinnin tai talouden näkökulmasta.

Professioilla (myös johtajat) on viisi erilaista vallankäytön mahdollisuutta: 1) Professiot voivat vaikuttaa päätöksentekoprosessiin esimerkiksi toimimalla asiantuntijoina, äänestäjinä ja intressiryhminä. 2) Professiot voivat vaikuttaa siihen, millä tavoin tarpeet ja ongelmat määritellään ja tunnistetaan poliittisessa prosessissa. 3) Professiot voivat vaikuttaa voimavarojen kohdentamisen päätöksiin. 4) Professiot voivat vedota potilaisiinsa, tuleviin asiakkaisiinsa ja kansalaisiin. 5) Professioilla on valtaa kontrolloida omaa työtään.

Professiot kuitenkin tuovat usein esiin, ettei heidän tarpeitaan ymmärretä poliittisessa päätöksenteossa, minkä vuoksi alalle ei suunnata riittävästi resursseja palvelutason kehittämiseksi (Möttönen 2002).

Valtion ja kuntien suhde politiikkana ja ohjauksena

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan työnjako valtion ja kuntien välillä on seurausta viime vuosikymmenien hajauttamisesta eli desentralisaatiosta. Minna Kaarakaisen (2008) historiallinen analyysi kuntien ja valtion välisestä suhteesta perusterveydenhuollon järjestämisessä osoittaa hajauttamisen eri vaiheita. Kaarakaisen mukaan hajauttaminen on ollut länsimaissa keskeinen hallinnon kehittämisen trendi toisen maailmansodan päättymisestä aina 1990-luvulle saakka. Palveluihin liittyvää päätöksentekoa ja tuottamista on hajautettu yhä enemmän kuntiin. Pyrkimyksenä on ollut siirtää vastuu mahdollisimman lähelle palvelujen käyttäjää eli kuntalaista. Vasta viime vuosina on alettu vaatia yhä voimakkaampaa keskittämistä ja valtio-ohjausta. Tästä esimerkkinä on maakuntapainotteinen sote-uudistus.

Perinteisesti kansallinen taso on velvoittanut kuntia tiettyyn palvelutarjontaan, rahoittanut siitä osan valtionosuuksien avulla ja siten kaventanut kunnan itsenäistä päätäntävaltaa sosiaali- ja terveyspoliittisissa kysymyksissä. Valtio haluaa ohjata kuntien toimintaa ja myös määrätä politiikan toimeenpanosta, sillä kunnat toteuttavat valtion politiikkaa ja sen tavoitteita. Siv Sandberg (2003, 94) toteaa: ”Valtio on vahva, koska sen julkinen sektori on laaja ja yhteinen sääntöverkosto laajalle ulottuva. Kunnat puolestaan ovat vahvoja, koska niille on uskottu suuri osa yhteisten tehtävien hoidosta, mutta myös siksi, että niillä on merkittäviä vapauksia päättää miten näitä tehtäviä hoidetaan; niillä on oikeus kantaa kunnallisveroa ja lisäksi ottaa hoitaakseen vapaaehtoisia uusia tehtäviä.” Valtion, alueiden ja kuntien välistä suhdetta tuetaan ja määritellään erilaisilla poliittis-hallinnollisen ohjauksen keinoilla.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjataan ja kehitetään monien eri toimijoiden yhteistyönä. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionohjaus on ollut osa julkista politiikkaa, jonka avulla demokraattisesti tehdyn päätöksen jälkeen ohjataan hallintoa tai sen osaa toteuttamaan politiikkaa tai ohjelmaa tavoitteiden mukaisesti. Matti Heikkilä (2004) on todennut, että sosiaali- ja terveyspalvelujen näkökulmasta poliittisen ohjauksen oikeutus syntyy kolmesta tekijästä: 1) toiminnan luonteesta, erityisesti sellaisten ryhmien palvelujen turvaamisesta, jotka eivät ole kuntien näkökulmasta ”hyödyllisiä” tai taloudellisesti kannattavia, 2) varsinkin terveydenhuollossa toiminnan monimuotoisuudesta sekä kysynnän ja tarjonnan kohtaamisen ongelmallisuudesta, 3) suomalaisen yhteiskunnan hyvinvointitavoitteiden saavuttamisen edistämisestä lainsäädännön keinoin (yhdenvertaisuus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus).

Tyypillinen tapa luokitella valtion ohjausmekanismit suhteessa alueisiin ja kuntiin on jakaa ne normiohjaukseen, resurssiohjaukseen (esim. valtionosuusjärjestelmä, ks. tarkemmin luvusta 3) ja informaatio-ohjaukseen (esim. Lundquist 1992, Oulasvirta ym. 2002, Niiranen 2010). Historiallisesti normiohjauksen (esim. lainsäädäntö) merkitys on vähentynyt ja informaatio-ohjauksen merkitys korostunut. Viime vuosina normiohjausta on tosin lisätty esimerkiksi palvelujen saatavuuden turvaamiseksi määräaikoja asettamalla (esim. hoitoon pääsyn tai asiankäsittelyn mää-

räajat). Normiohjauksen palautumisen taustalla on ollut eri toimijoiden huoli informaatio-ohjauksen heikoista mahdollisuuksista ja vaikutuksista ohjata palvelujen tuottajien toimintaa. Alueiden ja kuntien erilaistuminen palvelujen järjestämisessä on lisännyt huolta alueellisesta eriarvoistumisesta palvelujen saannissa.

Informaatio-ohjaus voidaan puolestaan jakaa tavanmukaiseen informaatio-ohjaukseen ja ohjelmaohjaukseen. Viime vuosina ohjelmaohjaus on korostunut sekä kansallisesti että kansainvälisesti. 2000-luvulla valtion keskeisiä ohjausvälineitä sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat olleet hallitusohjelmat, monihallinnolliset politiikkaohjelmat (esim. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ohjelma, Terveyden edistämisen ohjelma), sosiaali- ja terveydenhuollon strategiat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmat (esim. KASTE I ja II). (VTV 2010.)

Informaatio-ohjauksen tavoitteena on ollut kuntatoimijoiden itseohjautuvuuden lisääntyminen, mutta informaatio-ohjaus ei ole integroitunut riittävästi valtion muihin ohjausmuotoihin eikä se kytkeydy muiden ohjausmuotojen tapaan poliittiseen päätöksentekoon. Lisäksi informaatiota ei ole osattu kanavoida ja hyödyntää oikein päätöksenteossa. Luottamushenkilöt tarkastelevat asioita paikallisesti, jolloin kansallisesti tuotettua informaatiota voi olla vaikeaa soveltaa. Myös viranhaltijoiden asenne ja suhtautuminen ohjaustietoon vaikuttaa sen hyödyntämiseen. Informaatio-ohjaus on myös jäänyt toimintatapana epäselväksi, sillä se voidaan katsoa suppeasti tilastotiedon tuottamiseksi alueille ja kunnille tai laajemmin myös osaamisen kehittämiseksi esimerkiksi kansallisissa kehittämisohjelmissa. (Jalonen 2008.) Laajemmin ohjauksen ongelmat liittyvät ohjaustapojen keskenään ristiriitaisiin tavoitteisiin, jännitteisiin ja mahdolliseen kilpailuun eri toimijoiden välillä sekä koordinoimattomuuteen (Niiranen 2010, VTV 2010).

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdeksi ohjausmuodoksi voidaan tulkita myös valvonta (Tolonen & Rissanen 2012). Sosiaali- ja terveyspalveluja valvotaan eri tavoin sekä etu- että jälkikäteen. Valvojina toimivat niin viranomaiset (laillisuusvalvonta), sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot (esim. laadun arviointi) kuin yksittäiset kansalaiset. Sosiaali- ja terveydenhuollossa etukäteisvalvonnan muotoja ovat 1) lupakäytännöt (mm. yksityi-

sen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaluvat) ja 2) valvottavien (sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden) koulutus, ohjaus ja neuvonta. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä vaadittaviin ammatinharjoittamisoikeuksiin ja kelpoisuuksiin sisältyy ennakoivaa valvontaa (Narikka 2008).

Jälkikäteisvalvonta koskee usein yksittäistapauksia, kuten kanteluita ja muistutuksia. Valvonnassa pyritään arvioimaan, onko toimittu säädösten edellyttämällä tavalla, ovatko asiakkaiden perusoikeudet toteutuneet ja mikä on asiamukaista ja riittävää palvelua, kohtelua tai hoitoa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira tekee aluehallintoviranomaisten kanssa myös valvontasuunnitelmia esimerkiksi ohjelmaohjaukseen kohdennettavasta valvonnasta. Valvontaviranomaiset voivat siten myös itse olla aloitteellisia valvonnassa. 2010-luvulla keskeistä on ollut omavalvonnan kehittäminen, jolla on viitattu myös julkisen sektorin omien yksikköjen valvontaan. Lisäsi organisaatioissa on kehitetty sisäisen valvonnan prosesseja esimerkiksi tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden osoittamiseksi (esim. Lilja 2016).

Johtajan tehtävän kannalta on välttämätöntä, että hän tuntee ohjaus- ja valvontamekanismit. Johtaja toimii organisaatiossaan eri toimijoiden ohjauspyrkimysten tulkkina ja toteuttaa lain henkeä. Useat johtajat toteuttavat ohjelmaohjauksessa siihen liittyviä kehittämishankkeita omissa organisaatioissaan. Kansalliset ohjauskeinot konkretisoituvat siten sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan työssä. Ne vaativat usein yhteensovittamista, ja johtaja voi myös joutua tilanteeseen, jossa kansalliset pyrkimykset ovat ristiriitaisia tai päällekkäisiä.

Kunnassa sosiaali- ja terveydenhuollon johtaja on voinut tahtomattaan joutua kolmoisrooliin. Toisaalta hän on palveluja tuottavan organisaation edustaja, mutta toisaalta hän valvoo ja usein myös tilaa palveluja. Tämä saattaa asettaa johtajan eettisten kysymysten eteen: Pitäisikö suosia omaa palvelutuotantoa? Ovatko laatukriteerit samat yksityiselle ja julkiselle toiminnalle? Entä valvotaanko omaa palvelutuotantoa ylipäätään samalla tavalla kuin muiden tuottajien palvelutuotantoa?

Kunnat ja maakunnat sosiaali- ja terveyspolitiikassa

Kansalaisia lähinnä oleva sosiaali- ja terveyspolitiikan päätöksentekotaso on perinteisesti ollut kunta. Poliittinen päätöksentekojärjestelmä vastaa palvelujen saatavuudesta (ks. luku 1, palvelujen tuottaminen). Suomen kuntalain (365/1995) mukaisesti kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät, joita ei voi muuttaa kuin lainsäädännöllä. Kunnallinen päätösvalta perustuu kuntien edustukselliseen demokratiaan. Asukkaat valitsevat vaaleissa kunnan ylimmän päättävän toimielimen eli valtuuston. Muita kunnallisia elimiä ovat kunnanhallitus, lautakunnat, johtokunnat ja toimikunnat. Muodollisen päätöksentekorakenteen lisäksi myös kansalaisjärjestöt, yritykset ja asukkaat osallistuvat päätöksentekoon eri tavoin. Nykyisin yhä suurempi osa paikallisen politiikan muotoilusta ja toteutuksesta tapahtuu erilaisissa verkostoissa, joissa yksittäinen kunta on mukana yhtenä toimijana. (Majoinen ym. 2008, 12,17, Niiranen 2010.) Näihin kysymyksiin palataan luvussa 6.

Kunnanvaltuustot päättävät kunnan budjetin yhteydessä voimavarojen käytöstä eri tehtäviin. Kunnallinen liikkumavara poliittisessa päätöksenteossa vaihtelee kunnittain. Päätöksentekoa rajoittavat ympäröivän yhteiskunnan vaikutukset ja muutokset, riippuvuus muista kunnista ja rajalliset resurssit. Lisäksi kuntien ominaispiirteet, kuten kunnan pinta-ala, sijainti, väkiluku ja puoluepoliittinen jakauma, asettavat päätöksenteolle ehtoja (Wiberg 2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat olleet suurin erä yksittäisen kunnan budjetissa, ja myös sosiaali- ja terveyspalvelujen lakisääteisyys on osittain rajoittanut kunnan itsenäistä päätöksentekoa (ks. myös luvusta 3). Sinänsä kuntajohtajien (luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden) tulkinnat kunnan perustehtävästä voivat erota toisistaan. Osa johtajista korostaa palvelujen tuottamistehtävää kuntalaisille ja osa kunnan elinkeinotoiminnan ylläpitämistä ja toissijaisesti saatujen verotulojen käyttämistä palveluihin.

Kunnissa toimii poliittisen päätöksentekojärjestelmän rinnalla viranhaltijajärjestelmä, jonka ylimmät viranhaltijat ovat kuntien virallisen val-

lankäytön ytimessä. Usein viranhaltioiden valta perustuu heidän osaamiseensa, kokemukseensa ja verkostoihin. Luottamushenkilöiden työssä korostuvat kunnan tahdon määrittely ja vastuu toiminnasta kuntalaisille, kun taas viranhaltijat tuottavat valmistelu- ja päätöksenteko-organisaatioissa vaihtoehtoja poliittisille päätöksentekijöille. Wilskman kollegoineen (2004, 40) toteaa, että ”viranhaltijalla on virkavastuu siitä, että päätös on lainmukainen, ja poliitikolla on poliittinen vastuu siitä, että päätös on kuntalaisten kannalta oikea ja heidän tarpeitaan vastaava”. Myös Suomessa, esimerkiksi Tampereen kaupungissa, on kokeiltu pormestarimallin mahdollisuuksia yhtenä keinona integroida luottamushenkilöjärjestelmästä ja viranhaltijajärjestelmästä saatavat hyödyt.

Kunnan päätöksenteossa olennaista on päätöksentekokulttuuri. Pikkalan (2005) tutkimuksen mukaan kunnat ovat suhteellisen sopuisia päätöksenteossaan ja pyrkivät kohti yhteistyötä. Paikallisia eroja on kuitenkin runsaasti, ja kunnissa esiintyy sekä konsensushenkeä että ristiriitojen dominoimista. Päätöksentekokulttuuri on suhteellisen pysyvä. Vain suuret muutokset, kuten kuntaliitokset, talouden kriisiytyminen tai huono henkilökemia, saavat kulttuurin muuttumaan.

Viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien ongelmallinen suhde

Viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välistä suhdetta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Viranhaltijat voivat olla luottamushenkilöiden päätöksenteon toimeenpanijoita. Lisäksi he voivat olla asiantuntijoita, jotka auttavat luottamushenkilöitä pääsemään asettamiinsa tavoitteisiin, tai asioiden verkottajia, kun luottamushenkilöt toimivat kansalaisten ”tulkkeina” päätöksenteossa. Usein on väitetty, että viranhaltijoilla on enemmän valtaa kuin luottamushenkilöillä ja että luottamushenkilöt ovat vain muodollisia päätöksentekijöitä (Leskinen 2001, Wiberg 2005). Luottamushenkilöt kokevat, ettei heillä ole valtaa puuttua päätösten sisältöön. Jos he haluavat vaikuttaa sisältökysymyksiin, heidän on itse hankittava vasta-argumentit. (Möttönen 2002.) Päätöksenteon perusta on luottamus. Viranhaltioiden ja luottamushenkilöiden välille kuitenkin voi syntyä luottamuspula. Mutta yhtä hyvin arvovaltakiistat keskeisten toimijoiden välillä vaikeuttavat päätöksentekoa. Poliittiset valtapelit voivat hankaloittaa päätöksentekoa, ja eri toimijat voivat viivyttää päätöksiä. Viranhaltijat saattavat myös pakottaa päätöksiin, ja asioita saatetaan vuotaa medialle kesken prosessin. Päättäjät voivat myös sopia asioista keskenään ja niputtaa asioita yhteen. (Wilskman ym. 2004.)

Viime vuosina Sote-uudistuksen lisäksi kuntien johtamisessa ovat korostuneet strateginen johtaminen ja tiettyjen johtamistyövälineiden hyödyntäminen (esim. tasapainotettu tuloskortti) (ks. tarkemmin luvusta 4). Tämä on näkynyt erilaisten strategioiden tuottamisessa luottamushenkilöiden ja viranhaltioiden yhteistyönä (esim. sosiaali- ja terveydenhuollon strategia, vanhustyön strategia). Viranhaltijoilla johtajina on erittäin suuri rooli sen varmistamisessa, että arjen toiminnassa sitoudutaan strategisiin painotuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan sujuva yhteistyö asukkaiden, viranhaltijoiden, poliittisten päätöksentekijöiden ja yrittäjien kanssa on hyvän johtamisen edellytys.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaja toimii asiantuntijana erilaisissa yhteistyöryhmissä, mikä edellyttää esiintymistaitoa ja taitoa perustella näkemyksiä esimerkiksi muille toimijoille ja poliittisille päätöksentekijöille (ks. Heikka 2008, 26). Parhaimmillaan johtaja voi toimia muutosagenttina, tulkkina ja linkkinä poliittisen johtamisen ja arjen työn välillä. Ongelmia aiheuttavat kuitenkin seuraavat kysymykset: Ketä johtaja edustaa? Ajaako hän oman ammattikunnan etuja? Mitkä ovat hänen omat intressinsä? Tällöin palataan johtamisetiikan ja ammattietiikan välisiin suhteisiin (ks. lisää Ikola-Norrbacka 2010).

Keskeistä:

- Poliittisen toiminnan ytimessä on useiden keskenään ristiriitaisten arvojen, tavoitteiden, vaatimusten ja toiveiden yhteensovittaminen. Ne heijastuvat myös johtajan arkeen.
- Johtajalla on keskeinen tehtävä integroida poliittisen päätöksenteon (sekä valtakunnallinen että alueellinen) tuottamat tavoitteet ja johdettavan organisaation tai yksikön strategiat tarkoituksenmukaisesti eri sidosryhmien yhteistyön avulla.
- Jokaisella organisaatiolla on strategia, mutta sen todenmukaisuus tai näkyvyys suhteessa organisaation toimintaan vaihtelee paljon. Strategiaan sitoutuminen ja sen toteuttaminen vaativat johtamista.

3
Sosiaali- ja terveydenhuollon talous

Hannu Valtonen

”The objective of economic appraisal is to ensure that as much benefit as possible is obtained from the resources devoted to health care. In principle the benefit is measured in terms of the effect on life expectancy adjusted for the quality of life.”

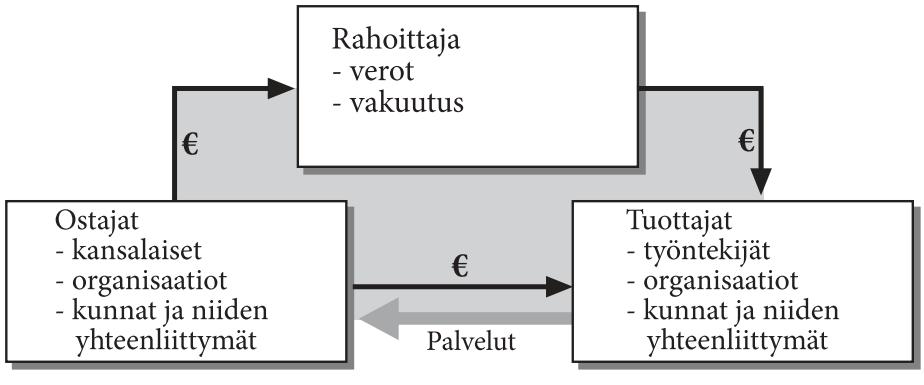
Alan Williams (1985, 326)

Tässä luvussa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon menoja ja niiden rahoitusta. Rahoitusta tarkastellaan erityisesti vero- ja vakuutusperusteisen järjestelmän sekä suomalaisen valtionosuusjärjestelmän näkökulmasta. Olennaiseksi

kysymykseksi nousee palvelujen kysynnän ja tarjonnan välinen ongelma. Selittääkö palvelujen kysyntä tarjontaa vai tarjonta kysyntää? Luvun lopussa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkuutta palvelujärjestelmän talouden tavoitteena ja sen yhteyttä insentiivijärjestelmään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja rahoitus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kansalaiset tai palveluiden järjestäjät ostavat palveluita tuottajilta. Tuottajien tuotannosta korvauksena saama rahavirta taas tulee osin ostajilta suoraan ja osin kolmannelta osapuolelta eli kunnalta, valtiolta, Kelalta, vakuutusyhtiöltä tai muilta rahoittajilta. Nämä puolestaan keräävät veroja ja muita maksuja kansalaisilta ja työnantajilta. Järjestelmän toiminta ja rahavirrat voidaan esittää yksinkertaisella kuviolla.



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kolme osapuolta.

Yhteiskunnan tehtävänä on järjestää tämä kolmen osapuolen toiminta niin, että hyvinvointi ja järjestelmän kustannusrasitus jakautuvat oikeudenmukaisesti: tuotettu hyvinvointi jakautuu kansalaisille oikeudenmukaisesti, ja järjestelmän rahoitusrasituksen jakauma on sekin oikeudenmukainen. Toiseksi järjestelmän tulisi toimia tehokkaasti eli käytettävissä olevilla resursseilla tulisi tuottaa mahdollisimman paljon hyvinvointia kansalaisille. Näin määriteltynä sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan tehtävänä ei ole johtaa toimintaa mahdollisimman halvalla tai hankkia omalle organisaatiolle mahdollisimman paljon resursseja. Sen sijaan tavoitteena on, että jär-

jestelmä on tehokas ja tulokset jakautuvat oikeudenmukaisesti. Järjestelmän toiminnan keskeisiä kysymyksiä ovat, kenelle palvelut ja tuotettu hyvinvointi jaetaan ja millaisia hyvinvointivaikutuksia resursseilla tuotettiin.

Taulukko 3. Suomen sosiaalimenot vuonna 2015, milj. euroa ja %.

	milj. €	**%**
Sairaus ja terveys	15 257	23,0
Toimintarajoitteisuus	6 752	10,2
Vanhuus	25 909	39,1
Leski ja muut omaiset	1 754	2,6
Perhe ja lapset	6 618	10,0
Työttömyys	5 561	8,4
Asuminen	1 450	2,2
Muu sosiaaliturva	1 849	2,8
Hallinto	1 153	1,7
Yhteensä	66 301	100,0

(Lähde: http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/sosiaalihuollon-menot-ja-rahoitus)

Sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvavat Suomessa jatkuvasti. Suomi on rikas maa, ja kykenemme kustantamaan aina vain suuremman sosiaali- ja terveyspalvelujen ja tulonsiirtojen järjestelmän. Hieman yli 60 prosenttia koko sosiaalipolitiikan menoista on erilaisia tulonsiirtoja (eläkkeitä, lapsilisiä jne.) ja hieman alle 40 prosenttia erilaisia palveluja (terveydenhuolto, lasten päivähoito). Kaikkiaan Suomessa käytetään sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä tulonsiirtoihin vuosittain 66 miljardia euroa eli hieman yli 12 000 euroa asukasta kohden. Suuria menoeriä ovat terveydenhuolto, eläkemenot, erilaiset toimintarajoitteista syntyvät menot sekä lasten ja lapsiperheiden palvelut.

Vuosi	Sairaus ja terveys	Tominta-rajoit-teisuus	Van-huus	Leski ja muut omaiset	Perhe ja lapset	Työttö-myys	Asu-minen	Muu sosiaali-turva	Hallinto
1980	5 293	3 071	5 730	916	1 821	805	202	155	550
1981	5 488	3 038	6 003	960	1 911	834	201	173	562
1982	6 132	3 061	6 318	1 033	2 281	1 076	215	184	696
1983	6 370	3 191	6 888	1 077	2 534	1 249	214	194	648
1984	6 689	3 635	7 434	1 024	2 602	1 329	204	295	760
1985	7 210	3 771	7 937	1 101	2 869	1 885	194	350	817
1986	8 090	3 895	8 163	1 174	3 021	2 144	188	419	873
1987	8 128	4 194	8 787	1 221	3 274	2 308	165	467	966
1988	8 473	4 421	8 986	1 257	3 529	2 213	199	463	1 076
1989	8 626	4 672	9 230	1 300	3 903	1 982	227	518	1 103
1990	9 278	5 058	9 640	1 359	4 397	1 984	246	623	1 168
1991	9 529	5 447	10 226	1 444	4 752	3 138	315	784	1 098
1992	8 947	5 779	10 745	1 526	4 917	5 403	448	866	1 084
1993	8 331	5 896	11 037	1 566	4 731	6 268	448	814	1 062
1994	8 123	5 960	11 219	1 565	5 460	6 265	569	819	1 159
1995	8 426	6 025	11 628	1 569	5 375	5 787	605	843	1 156
1996	8 810	6 063	12 313	1 602	5 147	5 755	528	968	1 298
1997	8 893	6 016	12 252	1 627	5 166	5 470	492	998	1 123
1998	9 222	5 880	12 457	1 616	5 204	4 892	584	891	1 307
1999	9 446	5 839	12 841	1 643	5 224	4 643	652	870	1 108
2000	9 698	5 672	12 994	1 620	5 088	4 282	593	852	1 284
2001	10 233	5 723	13 652	1 660	5 063	4 104	497	897	1 309
2002	10 829	5 853	14 381	1 693	5 084	4 279	504	957	1 432
2003	11 360	6 007	15 045	1 711	5 174	4 480	520	984	1 513
2004	12 069	6 246	15 764	1 744	5 422	4 638	526	978	1 549
2005	12 589	6 293	16 378	1 758	5 626	4 508	523	972	1 576
2006	13 089	6 309	17 075	1 771	5 697	4 256	516	1 108	1 642
2007	13 398	6 388	17 719	1 776	5 850	3 934	494	1 177	1 623
2008	13 941	6 553	17 959	1 753	5 965	3 686	857	1 249	1 636
2009	14 408	6 879	19 819	1 835	6 266	4 569	939	1 486	1 686
2010	14 660	6 996	20 868	1 877	6 362	4 757	1 005	1 551	1 611
2011	14 890	6 899	21 441	1 788	6 411	4 081	1 023	1 671	1 584
2012	15 178	6 917	22 564	1 784	6 532	4 156	1 072	1 770	1 571
2013	15 352	6 986	23 831	1 818	6 596	4 636	1 147	1 829	1 659
2014	15 389	6 957	24 785	1 799	6 536	5 238	1 238	1 841	1 623
2015	15 257	6 752	25 909	1 754	6 618	5 561	1 450	1 849	1 153

Liite taulukkoon 3. Sosiaalimenot kohderyhmittäin vuosina 1980–2015 vuoden 2015 hinnoin, milj. euroa (lähde: www.thl.fi/fi/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveyden-huollon-talous/sosiaalihuollon-menot-ja-rahoitus).

Valtio maksaa nykyjärjestelmässä ennen vuoden 2019 alusta aloittavaksi suunniteltua sote-uudistusta kunnille valtionosuuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseksi tasatakseen kuntien mahdollisuuksia tuottaa palveluja asukkailleen. Kaikki kuntien saamat valtionosuudet ovat noin 20 prosenttia (vuonna 2015; www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/menot_ja_tulot_marraskuu2016.pdf) kuntien kaikista tuloista. Sosiaali- ja terveystoimen menojen osuus kuntien kaikista menoista on lähes 50 prosenttia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ja tulonsiirtojen osuus bruttokansantuotteesta on noin 32 prosenttia (vuonna 2015). Esimerkiksi Kuntaliiton ja THL:n internetsivuilla (www.kunnat.fi ja www.thl.fi) on saatavissa ajankohtaista tietoa kuntien taloudesta ja sosiaali- ja terveysmenoista.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat työvoimavaltainen ala ja siten kuntien suurin yksittäinen menoerä. Arvioiden mukaan noin kaksi kolmasosaa kaikista menoista kuluu henkilöstön palkkamenoihin. Kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelee noin 252 000 henkeä (2014) (www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkilosto/kuntien-terveys-ja-sosiaalipalvelujen-henkilosto). Lisäksi yksityisissä sosiaalipalveluissa ja terveyspalveluissa (sekä yritykset että järjestöt) työskentelee noin 104 000 henkeä (2013) (https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkilosto/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-henkilosto).

Sosiaali- ja terveyspalvelut rahoitetaan Suomessa suurilta osin verovaroin. Tulonsiirrot (mm. eläkkeet, lapsilisät) maksetaan keskitetysti (mm. Kela ja eläkelaitokset). Suomen sosiaaliturva kokonaisuutena rahoitetaan työnantajien maksuilla (34,4 %), vakuutettujen maksuilla (13,3 %), valtion rahoituksella (26,5 %) ja kuntien rahoituksella (20,8 %). Loput noin 5 prosenttia katetaan sosiaaliturvarahastojen tuotoilla (www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/sosiaalihuollon-menot-ja-rahoitus). Kansalaisten itse maksamien asiakasmaksujen osuus kokonaismenoista vaihtelee eri palveluissa. Esimerkiksi vuonna 2012 asiakasmaksutuottojen osuus erikoissairaanhoidon rahoituksesta oli vain noin 4 % ja perusterveydenhuollon rahoituksesta 7,6 %.

Vuonna 2014 Suomen terveydenhuoltomenot olivat yhteensä 19,5 miljardia euroa ja asukasta kohden 3 576 euroa. Bruttokansantuotteeseen suhteutettuna menot olivat noin 9,5 prosenttia. Kalleinta terveydenhuollossa on sairaalahoito eli erikoissairaanhoito, joka vie noin kolmasosan tervey-

denhuollon menoista. Perusterveydenhuoltoon kuluu noin 20 prosenttia menoista ja lääkkeisiin noin 14 prosenttia. Näiden kolmen pääryhmän menot muodostivat kaksi kolmasosaa kaikista terveydenhuoltomenoista. Viime vuosina nopeimmin ovat kasvaneet lääkemenot ja sairausvakuutuksen korvaamien matkojen menot.

Hyvä esitys sosiaali- ja terveydenhuollon rahavirroista on Seppälän ja Pekurisen toimittama THL:n julkaisu: Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat (www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116653/THL_RAP022_2014verkko.pdf?sequence=1).

Sosiaali- ja terveysmenojen muutokset

Sosiaalipalvelujen menojen muutoksia selittävät taloustilanteen vaihtelut. Erityisesti lama kasvattaa sosiaalihuollon menoja, kun muun muassa työttömyys yleistyy. Terveydenhuollon menot myös kasvavat jatkuvasti sekä Suomessa että muualla maailmassa. Usein syynä pidetään väestön ikääntymistä, joka lisää palveluiden tarvetta. Suomalaisten odotettavissa oleva elinikä on myös pidentynyt ja keskimääräinen terveydentila parantunut, mutta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä laajenee koko ajan. Yksinkertainen selitys tälle on, että kun maa rikastuu, varoja on mahdollista sijoittaa aikaisempaa enemmän kulutukseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvu ei ole suoraa seurausta palveluiden tarpeen kasvusta. Sodan jälkeen syntyneiden suuret ikäluokat ovat tulossa eläkeikään ja tarvitsevat muutaman vuoden kuluttua entistä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluja. Väestön ikääntyminen on kuitenkin puutteellinen selitys palvelujen menojen kasvulle. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja sen kustannukset selittyvät sekä kysynnästä että tarjonnasta. Kysyntä heijastaa kansalaisten erilaisia tarpeita mutta myös tulotasoa: hyvin monien tavaroiden ja palveluiden kulutus kasvaa, kun tulot kasvavat. Käyttö ja kustannukset heijastavat myös palvelutarjontaa. Palveluiden tarjonnan lisääminen lisää palveluiden käyttöä.

Lasten huostaanotot ovat yleistyneet Suomessa. Tähän saattaa vaikuttaa kaksi seikkaa: Viranomaisten huostaanottokäytännöt ovat muuttuneet, ja lastensuojelun henkilökuntaa on lisätty. Lisäksi palvelujen tarjontaa on kasvatettu. Toinen vaikutus saattaa syntyä kysynnästä eli perherakenteen

ja perheiden toimintatavan muutoksesta. Siitä, kumpi vaikutus on suurempi, ei ole näyttöä. Huostaanottojen määrän kasvusta ei voi suoraan päätellä, että niiden tarve olisi lisääntynyt.

ESIMERKKI	Dementian hoidon kustannukset

Eurooppalaisessa dementian hoidon kustannuksia selvittävässä projektissa (http://www.alzheimer-europe.org/EN/Our-Research/European-Collaboration-on-Dementia/Cost-of-dementia) tutkittiin, millaiset tekijät selittävät dementian hoidon kustannusten eroja Euroopan maiden välillä. Hoitokustannuksia ovat sekä palvelujärjestelmälle koituvat hoidon ja hoivan kustannukset että perheelle koituvat (informaaliset) kustannukset. Perheen kustannukset eli epäviralliset kustannukset syntyvät siitä, että omaiset ja sukulaiset käyttävät aikaansa muistisairaan hoitoon. Palvelujärjestelmän resurssien käytön kustannukset on varsin helppo arvioida, mutta perheen kustannusten arviointi on tavattoman vaikeaa. Tutkijat ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että nämä kustannukset ovat merkittäviä eikä niitä voida unohtaa, kun arvioidaan dementian hoidon kustannuksia.

Tulosten mukaan dementian hoidon kustannuksia selittää kansantalouden koko, siis kansantalouden kyky kustantaa palveluja. Dementian hoitokustannukset ovat suuret muun muassa Norjassa ja Luxemburgissa ja pienet Itä-Euroopan köyhissä maissa. Tämä ei johdu siitä, että Norjassa hoidon tarve olisi suuri ja Itä-Euroopassa pieni, vaan siitä, että Norjassa on varaa pitää yllä kalliimpaa hoitojärjestelmää kuin vaikkapa Virossa tai Romaniassa. Suuret kustannukset eivät kuitenkaan välttämättä tarkoita, että hoitojärjestelmä olisi hyvä. Tästä tunnetuin esimerkki on Yhdysvaltain tavattoman kallis, tehoton ja monessa suhteessa huonosti toimiva terveydenhuoltojärjestelmä.

Hoitokustannusten jakoa palvelujärjestelmän ja perheen välillä selittää maan palvelujärjestelmä. Eurooppalaiset palvelujärjestelmät poikkeavat toisistaan sen mukaan, miten työnjako perheen ja julkisen vallan välillä on toteutettu. Pohjoismaisessa sosiaalipolitiikan mallissa julkinen palvelujärjestelmä tuottaa suuren osan palveluista ja perheen suhteellinen osuus kokonaiskustannuksista on pienempi. Etelä-Euroopassa taas perhe on vanhastaan hoitanut vanhuksensa ja palvelujärjestelmä tulee apuun vasta, kun perheellä ei enää ole mahdollisuuksia tarjota hoitoa. Tämä näkyy myös kustannusten jaossa Euroopan maiden välillä. Nämäkään erot eivät johdu hoidon tarpeen eroista maiden välillä.

Erilaisten terveysongelmien kustannusten laskemisessa on usein ajateltu, että suuret hoitokustannukset tarkoittavat sitä, että myös hoidon tarve ja yhteiskunnallinen ongelma ovat suuret. Sairauksien suuria hoitokustannuksia on mieluusti käytetty Suomessakin poliittisena näyttönä, kun on vaadittu lisää resursseja ongelman hoitoon. Suuret kustannukset eivät kuitenkaan kerro koko totuutta ongelman mittasuhteista, koska kansantalouden koko ja sosiaalipoliittinen malli selittävät kustannusten suuruuden ja niiden jakautumisen perheen ja palvelujärjestelmän välillä. Suuret kustannukset syntyvät silloin, kun kyseinen maa on halunnut sijoittaa tietyn ongelman hoitoon paljon resursseja. Pohjoismaissa julkisen hoitojärjestelmän kustannukset ovat valitun sosiaalipolitiikan mallin vuoksi suuret. Sairauden yhteiskunnalliset kustannukset kertovat enemmän ongelman ratkaisun kuin itse ongelman mittasuhteista. (Ks. Valtonen 2010.)

Toinen usein mainittu selitys menojen kasvulle on tekniikan muutos: sairauksien hoito kallistuu, kun tekniikka kallistuu. Tämäkin on vain osa totuutta. Kun yhteiskunta on halukas ja riittävän varakas sijoittamaan varoja sairauksien hoitoon, on myös mahdollista hankkia kallista tekniikkaa. Kolmanneksi sosiaali- ja terveyspalvelut ovat työvoimavaltainen ala. Työvoiman saaminen alalle edellyttää, että työntekijöiden reaaliansiot kasvavat samalla tavalla kuin muilla aloilla, mikä kasvattaa kustannuksia. Ongelma menojen kasvattamisessa voi olla se, että sosiaali- ja terveyspalvelut eivät välttämättä muutu paremmiksi pelkästään sillä, että niihin sijoitetaan lisää varoja.

Suomalaisissa kunnissa ajatellaan usein, ettei kunnassa ole juuri mahdollista vaikuttaa sosiaali- terveydenhuollon menoihin. Kunnissa tunnutaan ajattelevan, että yhden kunnan voimin ei olisi mahdollista tehdä omaa politiikkaa palveluiden järjestämisessä. Kuntien väliset erot palvelujen kustannuksissa ja järjestämisen tavoissa ovat kuitenkin suuret (ks. lisää luvuista 1 ja 5). Nämä erot ovat sangen pysyviä vuodesta toiseen. Nämä erot ovat osittain kuntien itsensä tuottamia. Kunnat ovat voineet vaikuttaa omilla toimillaan melko paljon siihen, millaisia palveluja ne tuottavat ja millaisin kustannuksin. Itsenäisen sosiaali- ja terveyspolitiikan teolle on näin

paljon enemmän tilaa kuin usein kuvitellaan (Valtonen 2000; suomalaisten kuntien talousjohtamisesta ks. esim. Kallio ym. 2005).

Politiikan vaikutus sosiaali- ja terveysmenoihin

Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveystoimen menoissa ovat melko suuret. Suomalaiset elävät kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta ja käyttö ovat hyvinkin erilaisia. Sosiaali- ja terveystoimen menojen muutokset kunnissa tapahtuvat suhteellisen hitaasti. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että kuntien ulkopuoliset selitykset (kuten lama, talous tai valtion ohjauksen muutos) vaikuttavat vähemmän menojen eroihin tai muutoksiin kuin usein on ajateltu. Kunnan sisäiset tekijät (politiikka, rakenteet, paikallinen toimintakulttuuri) puolestaan vaikuttavat enemmän kuin kunnissa ehkä ajatellaan. Tämä viittaa siihen, että kuntien on mahdollista tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta sosiaali- ja terveyspolitiikastaan. (Valtonen 2000.)
Toisessa tutkimuksessa selvitettiin, reagoivatko kunnat systemaattisen strategian mukaisesti taloutensa muutoksiin. Mahdollisia reagointitapoja on useita: Kunnat voivat joko pyrkiä kasvattamaan tulojaan (tulostrategia) tai pienentämään menojaan (menostrategia). Kunnat voivat myös olla tekemättä mitään tai pyrkiä ratkaisemaan taloudelliset ongelmansa muuttamalla toimintatapojaan ja -rakenteitaan (tehokkuusstrategia). Kuntien toimintastrategioita haettiin selittämällä kuntien reaktioita taloutensa muutoksiin. Tutkimuksen aineistona olivat Manner-Suomen kunnat muutamia kuntia lukuun ottamatta (412 kuntaa) vuosilta 1997–2003. Kuntien taloudessa aika oli selvästi parempaa aikaa kuin 1990-luvun suuren laman aika. Kunnan taloudellinen ahdinko pienentää sosiaali- ja terveystoimen menoja, mutta vaikutus on pieni. Näyttää siltä, että kunnat reagoivat taloutensa muutoksiin ottamalla lainaa tai muuttamalla veroprosenttia. Lainamäärän ja kunnan taloudellisen tilan välillä on selvä yhteys, joskaan raha- ja reaaliprosessien eron vuoksi yhteyttä ei yksiselitteisesti voida tulkita tulostrategian mukaiseksi käyttäytymiseksi. Tulokset ovat samantyyppisiä kuin aiemman laman aikaa käsittelevän strategiatutkimuksen tulokset. (Vallivaara ym. 2009, ks. myös Moisio 2002.)

Vakuutus- ja veroperusteiset järjestelmät

Eri maat ovat tehneet erilaisia ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rahoittamisessa. Useimmiten maat on jaettu vakuutus- tai veroperusteisiin järjestelmiin. Vakuutusrahoitteisen ja verorahoitteisen järjestelmän suuri ero on se, että verorahoitteisessa järjestelmässä sosiaali- ja terveyspalveluihin käytettävissä olevien varojen määrä päätetään joka vuosi erikseen valtion ja kuntien talousarvioissa. Vakuutuspohjaisessa järjestelmässä taas vakuutusmaksujen tuotto asettaa ylärajan käytettävissä oleville varoille. Verorahoitteisessa järjestelmässä on ehkä helpompi pienentää sosiaali- ja terveysmenoja ja siirtää varoja joihinkin toisiin tarkoituksiin tai vastaavasti siirtää toisista kohteista varoja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vakuutuspohjaisessa järjestelmässä varat on korvamerkitty vain kyseiseen kohteeseen ja niiden käyttö muihin tarkoituksiin edellyttäisi esimerkiksi lainsäädännöllisiä muutoksia.

Toinen kansalaisten kannalta suuri ero on, että vakuutuspohjaisessa järjestelmässä oikeus palveluihin on vain vakuutetulla väestöllä ja se koskee vain niitä palveluita, jotka kuuluvat vakuutuksen piiriin. Vakuutuspohjaisissa järjestelmissä – vaikka sosiaali- ja terveysvakuutus olisi pakollinen – osa väestöstä näyttää aina silti jäävän vakuutusturvan ulkopuolelle. Vakuutusperusteisen järjestelmän, erityisesti yksityiseen vakuutukseen perustuvan järjestelmän, ongelmia onkin juuri valikoituminen: osa kansalaisista voi syytä tai toisesta jäädä vakuutusturvan ulkopuolelle. Sekä verorahoitteisen että vakuutuspohjaisen järjestelmän ongelmaksi voi tulla myös turha palvelujen käyttö: Kun palvelua hankkiva kansalainen maksaa itse vain pienen hinnan, palveluja pyritään käyttämään enemmän kuin ehkä olisi koko yhteiskunnan näkökulmasta suotavaa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen näkökulmasta vero- ja vakuutusperusteinen järjestelmä vaikuttavat eri tavalla eri toimijoiden valta-asemaan. Veroperusteisessä järjestelmässä kuntien, maakuntien ja/tai valtion oikeus kerätä veroja antaa niille paljon toimintavaltaa. Vastaavasti vakuutuspohjaisessa järjestelmässä julkisen tai yksityisen vakuutuksenantajan rooli korostuu.

ESIMERKKI **Vakuutuspohjainen järjestelmä**

Saksan terveydenhuollon rahoitus perustuu vakuutuspohjaiseen järjestelmään, joka on peräisin jo vuodelta 1883. Saksan terveydenhuoltomenot vuonna 2006 olivat 10,6 prosenttia bruttokansantuotteesta. Julkisen rahoituksen osuus vuonna 2006 taas oli noin 76,9 prosenttia ja potilaiden omavastuut (out of the pocket payments) vastasivat terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta 13,5 prosenttia, eli niiden osuus oli pienempi kuin Suomessa.

Vuonna 2008 lakisääteinen valtion sairausvakuutusjärjestelmän sairausvakuutus kattoi Saksassa 88 prosenttia väestöstä. Sairasvakuutuksen hankkiminen oli pakollista kaikille, joiden tulot olivat alle 48 000 euroa vuodessa (75 prosenttia väestöstä). Suurin osa suurituloisistakin oli kuitenkin hankkinut julkisen sairausvakuutuksen. Yksityinen vakuutus oli 10 prosentilla väestöstä. Lisäksi muut valtion järjestelmät (esim. sotilaiden vakuutusjärjestelmä) kattoivat 2 prosenttia väestöstä. Vain 0,2 prosenttia väestöstä oli vailla vakuutusta. Vuodesta 2009 sairasvakuutus on ollut kaikille saksalaisille pakollinen. Valtion sairausvakuutusjärjestelmässä asiakkailla on mahdollisuus valita sairaskassa. Kassaa on mahdollista vaihtaa ilmoittamalla siitä 1,5 vuotta etukäteen. Vuonna 2003 peräti 23,4 prosenttia saksalaisista vaihtoi sairaskassaa. Mahdollisuus kassan vaihtoon johti asiakkaiden ryhmittymiseen siten, että terveimmät, nuorimmat ja suurituloisimmat siirtyivät halvempiin kassoihin.

Saksan lakisääteisessä vakuutusjärjestelmässä sairaskassoilla on ollut keskeinen asema. Kassat ovat yhdistelmä julkista, lakisääteistä ja yksityistä järjestelmää. Ne ovat yksityisiä, voittoa tavoittelemattomia ja keskenään kilpailevia vakuutuslaitoksia. Ne neuvottelevat hinnat, palvelujen määrät ja laatumittarit tuottajien kanssa asiakkaidensa puolesta. Kassat toimivat palveluiden tilaajina ja järjestäjinä. Kassoja oli vuoden 2009 alussa noin 200. Yksityisiä vakuutusyhtiöitä taas on noin 50. Vuoden 2009 alussa sairaskassojen maksut yhtenäistettiin, minkä jälkeen maksutulot on alettu kerätä kansalliseen keskitettyyn terveysrahastoon. Kassat saavat rahoituksensa terveysrahastosta. Rahoituksen määräytymisessä sovelletaan riskinhallintajärjestelmää, joka perustuu kassan asiakaskunnan sairastavuuteen ja riskeihin. Myös yksityisten sairausvakuutusyhtiöiden on vuoden 2009 alusta lähtien ollut pakko osallistua riskientasausjärjestelmään. (Busse & Riesberg 2004, Aronkytö 2010.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen talous

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmälle ollaan juuri nyt tekemässä suurta muutosta. Nykyisen järjestelmän ongelmina on nähty kuntien pieni koko, kustannusten kasvun paine ja palvelujen saatavuuden erot maan eri osissa. Uudistuksessa keskitetään palveluiden järjestämistä. Tulevaisuudessa sen tekevät 18 maakuntaa. Toinen merkittävä muutos on, että julkisin varoin rahoitetun palvelutuotannon tuottajina voivat olla julkiset, yksityiset tai kolmannen sektorin (kuten erilaisten järjestöjen) palvelutuottajat. Kolmanneksi kansalaisille tarjotaan joissain palveluissa, kuten tavalliset lääkärikäynnit, mahdollisuus valita palvelutuottajansa. Maakunnissa päätöksiä tekevät maakuntavaaleilla valitut maakuntavaltuustot.

Uudistuksen tavoitteena on palvelujen integraatio, kustannusten kasvun hillintä, vahvat järjestäjät (maakunta) ja kansalaisten valinnanvapauden toteutuminen. (http://alueuudistus.fi)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kuntien ja maan eri osien välillä vaihtelee muun muassa väestön ikärakenteen mukaan: kun vanhuksia tai pieniä lapsia on paljon, myös vanhuspalveluita ja lasten päivähoitopalveluita tarvitaan paljon. Tarve ilmaistaan järjestelmässä asukasta kohti arvioituina ikäryhmittäisinä laskennallisina kustannuksina (Häkkinen ym. 2009). Erilaisten tuottajien tuotannon kustannuksiin vaikuttavat monet kunnasta tai tuottajasta riippumattomat olosuhdetekijät, kuten saaristolaisuus, harva asutus ja pitkät matkat, tai suurten kaupunkien keskustojen korkeat kiinteistökustannukset, jotka nostavat palveluiden tuotantokustannuksia. Sekä tarpeen että tuotantokustannusten erot tulisi ottaa huomioon tasattaessa kansalaisten mahdollisuuksia saada maan eri osissa samalla tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

Erityisesti erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet viime vuosina, ja kuntabudjeteissa erikoissairaanhoidon osuus on nykyisin yksi keskeisistä keskusteluaiheista. Kuntapäättäjät tuovat usein esille huolensa siitä, etteivät he pysty vaikuttamaan erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Osittain tämä liittyy myös siihen, että esimerkiksi luottamushenki-

löiden on vaikea hahmottaa suurien organisaatioiden kustannusrakennetta riittävän tarkasti.

Taloustieteen näkökulmasta uudistuksen perusta on sama kuin nykyisenkin järjestelmän: palveluita tulisi tuottaa väestön tarpeiden mukaan, mutta niin että kustannukset eivät kasva kohtuuttomasti. Tätä uudistuksessa pyritään järjestäjän koon kasvattamisella ja valtion ohjauksen vahvistamisella.

Suunnitellun kansalaisten valinnanvapauden laajentamisen seurauksena tuottajien on mietittävä, miten potilaat saadaan tulemaan uudestaan. Tuottajat joutuvat kilpailemaan potilaista. Tuottajia taas ei missään tapauksessa pidä päästää valitsemaan hoitoonsa helppoja ja 'tuottavia' potilaita. Tuottajien välinen kilpailu tulisi järjestää kiintein hinnoin, eli tuottajat saisivat aina tietystä potilaasta saman korvauksen julkisista varoista. Tällöin tuottajat joutuvat kilpailemaan palvelujen laadulla, ja ne eivät voisi kilpailla palvelujen hinnoilla. Seurauksena olisi – näin taloustieteessä ajatellaan – palvelujen laadun nousu. Hintakilpailu johtaisi palvelujen hintojen ja laadun laskuun.

Kilpailu terveydenhuollossa toimii parhaiten paljon käytetyissä palveluissa (kuten tavalliset lääkärikäynnit), joiden laatua ja hoidon sujumista potilaat pystyvät itse arvioimaan. Kilpailu toimii huonosti palveluissa, joiden käyttö on harvinaisempaa (vaativat kirurgiset toimenpiteet) tai alueilla, joissa väestöpohja ei riitä aidon kilpailun syntymiseen. Kilpailu ei toimi, jos joissain palveluissa tai alueilla palvelutuottajalla on monopoliasema. Monopolien syntyminen kilpailun sijaan tulisi ehdottomasti estää. Julkista monopolia ei kannata muuttaa yksityiseksi monopoliksi.

Korvaako hyvin järjestetty perusterveydenhuolto erikoissairaanhoitoa?

Suomessa tunnutaan yleisesti ajattelevan, että kun perusterveydenhuolto järjestetään hyvin, säästetään erikoissairaanhoidon menoissa. Taloustieteen termein kyse on siitä, ovatko perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito substituutteja (toisiaan korvaavia) vai komplementteja (toisiaan täydentäviä). Jos ne ovat substituutteja, ajatus voi pitää paikkansa, mutta jos ne ovat komplementteja, ajatus ei ole tosi. Asiaa tarkasteltiin kahdella tavalla: tutkittiin, pienentääkö kunnan perusterveydenhuollon käytön lisääntyminen kunnan asukkaiden erikoissairaanhoidon käyttöä ja pienentääkö perusterveydenhuollon menojen kasvu erikoissairaanhoidon kustannuksia. Tulosten mukaan kuntalaisten perusterveydenhuollon käytön ja erikoissairaanhoidon käytön välillä ei ole yhteyttä eli perusterveydenhuollon käyntimäärän kasvu ei vähennä erikoissairaanhoidon käyttöä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttökustannuksista taas havaittiin, että nämä palvelut ovat toistensa komplementteja eli kunnan perusterveydenhuollon kustannusten kasvaessa myös kunnan erikoissairaanhoidon menot kasvoivat. (Ylivainio 2008.)

Tavoitteina tehokkuus, tuottavuus, vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus

Erityisesti terveydenhuollossa puhutaan paljon tuottavuuden (productivity) kasvattamisesta, tehokkuuden (efficiency) lisäämisestä ja sellaisten toimenpiteiden löytämisestä, jotka olisivat vaikuttavia (effective). Sama keskustelu on korostunut viime vuosina myös sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollolle on asetettu erilaisia tavoitteita poliittisessa päätöksenteossa. Seuraavassa tarkastellaan tarkemmin kahta yleistä tavoitetta: oikeudenmukaisuutta ja tehokkuutta (ks. myös luvusta 2). (ks. myös Miettinen ym. 2010).

Taloustieteen kielessä oikeudenmukaisuus (equality, fairness) tarkoittaa muun muassa sitä, että samassa tilanteessa olevia tulisi kohdella samalla tavalla. Jos esimerkiksi jokin ongelma uhkaa ihmisen elämää ja hyvinvointia, hänellä tulisi olla sama mahdollisuus palveluun, asuipa hän Utsjoella tai Hangossa ja olipa hän mies tai nainen tai köyhä tai rikas. Tehokkuus ja tuottavuus taas viittaavat toiseen yleiseen tavoitteeseen. Kun palveluja järjestetään, tuotannon tulisi olla tuottavaa ja tehokasta, jotta samalla resurssimäärällä (työvoimalla, koneilla, laitteilla jne.) saataisiin tuotetuksi mahdollisimman paljon palveluja ja siten myös terveyttä ja hyvin-

vointia. Oikeudenmukaisuus ja tehokkuus ovat molemmat tärkeitä palvelujärjestelmän onnistuneen toiminnan kriteerejä.

Käsitettä tehokkuus käytetään Suomessakin hyvin monella tavalla ja eri merkityksissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon taloustieteessä niitä käytetään seuraavasti: Palveluiden tuottamiseen on käytettävissä jokin määrä resursseja (koneita, laitteita, rakennuksia, työvoimaa jne.). Resursseilla taas tuotetaan suoritteita (palveluja) ja palveluilla on joitain hyvinvointivaikutuksia (terveyttä, sosiaalista toimintakykyä).

Tuottavuus, vaikuttavuus ja tehokkuus

Resurssit → Suoritteet → Vaikutukset
– Resurssien ja suoritteiden välinen suhde on tuottavuus: toiminnan tuottavuus kasvaa, jos samalla resurssimäärällä saadaan enemmän suoritteita.
– Suoritteiden ja vaikutusten suhde on vaikuttavuus: suoritteen A vaikuttavuus on parempi kuin suoritteen B, jos A:sta seuraa suurempi terveyden tai hyvinvoinnin lisäys kuin B:stä.
– Resurssien ja vaikutusten suhde on kustannusvaikuttavuus tai tehokkuus: jokin toiminta A on tehokkaampaa tai kustannusvaikuttavampaa kuin toinen toiminta B, jos käytettyjä resursseja (niiden arvoa) kohden saadaan A:ssa enemmän hyvinvointivaikutuksia kuin B:ssä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulisi olla tuottavaa, eli sen tulisi tuottaa annetuilla resursseilla runsaasti palveluja. Tämä ei kuitenkaan vielä riitä, vaan tuotetuilla palveluilla tulisi myös olla myönteisiä hyvinvointi- tai terveysvaikutuksia eli niiden tulisi olla vaikuttavia. Tehokkaita sosiaali- ja terveyspalveluista tulee, kun palvelujen tuotanto on sekä tuottavaa että vaikuttavaa. Esimerkiksi lääkäriin meno tavallisessa flunssassa voi olla vaikuttavaa: lääkäri kehottaa potilasta lepäämään muutaman päivän ja juomaan kuumaa. Tämä ei kuitenkaan ole tehokasta, koska yksinkertaisen ongelman hoitoon käytettiin turhan paljon resursseja. Saman hoito-ohjeen potilas olisi saanut äidiltään paljon vähemmällä vaivalla. Jos taas hammaslääkäri poraa jokaisen pienen karieksen alun potilaiden hampaistossa, toiminta voi olla tuottavaa, koska paikkoja syntyy tiuhaan tahtiin. Toiminta

ei ehkä kuitenkaan ole tehokasta, koska hammaslääkäri voisi paremmin estää hampaiden reikiintymisen järjestämällä kouluissa terveysohjausta eli estämällä karieksen synnyn. Vastaavasti ikääntyneiden kotihoitoa on arvosteltu siitä, että työntekijöiden lyhyistä käynneistä on vain vähän vaikutusta asiakkaiden hyvinvointiin. Kotihoidon suoritteiden määrä voi olla suuri, mutta niiden tehokkuus kansalaisen näkökulmasta voi jäädä vähäiseksi. Samaa kritiikkiä voidaan esittää myös esimerkiksi tehotonta moniammatillista verkostotyötä kohtaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuutta voidaan edistää organisoimalla palveluita ja järjestämällä palvelutuotanto niin, että samalla resurssimäärällä saadaan aikaan enemmän tuotantoa tai sama palvelutuotanto saadaan aikaan entistä pienemmällä resurssimäärällä. Tutkimusten perusteella tiedetään muun muassa, että kuntien palvelutuotannossa on suuria tuottavuuseroja (Ilmakunnas 2008, Järviö ym. 2009). Tätä informaatiota ei Suomen kunnissa ole käytetty riittävästi hyväksi.

Palvelujen taloudellinen tutkimus

Terveyspalvelujärjestelmää koskevia taloustutkimuksia on Suomessa tehty 1990-luvun alusta lähtien. Aikaisemmin tutkimuksessa keskityttiin tehokkuusongelmiin, kuten erilaisten terveysinterventioiden kustannusvaikuttavuuteen tai terveyskeskusten tuottavuuteen. Viime vuosina on tutkittu entistä enemmän jakaumaongelmia ja erityisesti erilaisten terveydenhuollon organisointitapojen vaikutuksia. Sosiaalipalvelujen taloustutkimuksia on tehty sekä meillä että muualla paljon vähemmän kuin terveyspalvelujen, mutta nekin ovat yleistymässä (ks. esim. Linnosmaa 2010).
Verorahoitteinen järjestelmä on kansalaisten oikeudenmukaisuuden näkökulmasta paras (van Doorslaer ym. 1997, Klavus 2000). Verorahoitteisessa järjestelmässä tulotaso vaikuttaa vähemmän hoidon kohdentumiseen kuin vaikkapa vakuutuspohjaisissa järjestelmissä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannon tuottavuus on kasvanut, eli resurssiyksikköä tuotetaan enemmän palveluja kuin aikaisemmin. Sen sijaan erilaisten rahoitusratkaisujen, markkinoiden kilpailun tai tuotantoyksiköiden koon vaikutuksesta tuottavuuteen ja tehokkuuteen tiedetään edelleen aivan liian vähän. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat palvelujen tuotantoa, joka ei toimi tavanomaisen markkinatalouden tavoin (ks. Ahola ym. 2010).

Taloustieteellisesti ajateltuna resurssit ovat aina konkreettisia resursseja: työvoimaa, koneita, laitteita ja kulutustavaroita tai aineettomia tuotannossa välttämättömiä seikkoja, kuten motivaatiota tai yhteistyön sujuvuutta. Raha ei ole resurssi. Rahalla voidaan hankkia resursseja, mutta itsessään sillä ei tuoteta yhtään mitään.

Tuottavuus- ja kustannuspohdinnoissa on tärkeää pitää erillään tulonsiirrot ja kustannukset. Kustannukset syntyvät vain resurssien käytöistä (palkat, tarvikkeiden hinnat, pääomakulut jne.). Tulonsiirrot eivät ole kustannuksia, vaan ne ovat sananmukaisesti tulon siirtoja. Tulonsiirtoja ovat esimerkiksi verot, opintotuet, sairasvakuutuskorvaukset, lapsilisät ja eläkkeet. Olennaista niissä on, että julkinen valta kerää kansalaisilta veroja (tuloveroina ja välillisinä veroina) ja jakaa nämä varat uudelleen kansalaisille erilaisin perustein. Nämä menot eivät ole tuottavuus- ja tehokkuustarkasteluissa kustannuksia, koska ne eivät liity mitenkään resurssien käyttöön.

ESIMERKKI	Tulonsiirrot ja kustannusten jakaminen

Kun toiminto edellyttää työvoimaa, koneita ja laitteita 100 euron edestä, työvoima maksaa 70 euroa ja loput 30 euroa ovat tarvikkeiden hintaa tai matkakustannuksia. Resurssien käytöstä syntyvä kustannus on siis 100 euroa. Oletetaan edelleen, että kansalainen maksaa itse tästä toimenpiteestä 50 euroa, mutta kun Kela maksaa hänelle korvauksena 30 euroa, hänen omaksi osuudekseen jää 20 euroa. Loput 50 euroa maksaa kunta. Kelan maksama 30 euroa on tulonsiirto eli aiemmin kerättyjen varojen siirtämistä kansalaiselle. Kuvitellaan, että Kelan korvausperusteita muutetaan niin, että Kela maksaakin kansalaiselle korvauksen koko hänen maksamastaan summasta eli 50 euroa. Nyt näyttää siltä, että Kelalle eli yhteiskunnalle koituu tästä toimenpiteestä entistä 20 euroa suurempi kustannus. Todellisuudessa kustannus on sama kuin ennenkin ja tulonsiirto vain jakaa kustannuksen eri maksajaosapuolten kesken. Resurssikustannusten ja tulonsiirtojen luonteet menoina ovat aivan erilaiset. Niitä ei saa laskea yhteen, vaan ne on aina käsiteltävä erikseen.

Kannustinjärjestelmän kysymykset

Kannustaminen on viime vuosina ollut suosittu käsite sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevassa keskustelussa. Termi on huono käännös englannin kielen termistä 'incentive' (kiihoke, kannustin). Parempi termi olisikin 'insentiivi'. Tuottaja, ostaja ja rahoittaja pyrkivät omiin tavoitteisiinsa, mikä vaikuttaa koko järjestelmän toimintaan. Tuottajan olisi tärkeää saada myydyksi mahdollisimman paljon palveluja kalliiseen hintaan, kun taas ostaja haluaisi ostaa paljon palveluja edullisesti. Kolmannen osapuolen näkökulmasta tärkeää on oikeudenmukaisuus ja se, etteivät sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasva liian suuriksi. Insentiivit perustuvat kahteen seikkaan: toimijat haluavat jotain, ja he haluaisivat liikkua omien tavoitteidensa suuntaan. Heidän on kuitenkin otettava huomioon lainsäädäntö, tekniikan asettamat rajoitteet ja muiden toiminta. Tuottaja ei voi myydä mielin määrin palveluitaan kalliiseen hintaan, jos ostajat eivät ole halukkaita ostamaan niitä tällä hinnalla. Näitä seikkoja, jotka pyr-

kivät pysäyttämään toimijan oman tavoitteen suuntaisen liikkeen, nimitetään taloustieteessä rajoitteiksi. Insentiivi syntyy tavoitteiden ja rajoitteiden yhteisestä vaikutuksesta.

Insentiivit vaikuttavat yksittäisiin työntekijöihin. Kun organisaatiossa on järjestetty työntekijöille mahdollisuus edetä urallaan ja saada työtovereiden arvostusta, heillä on insentiivi tehdä työnsä paremmin. Myös organisaatioiden ajatellaan reagoivan insentiiveihin. Tapa, jolla organisaatio saa tulonsa, vaikuttaa organisaation toiminnan suuntaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa insentiivien vaikutus tunnetaan kuitenkin huonosti. Erityisesti kilpailuun ja markkinoihin liittyvien insentiivien myönteisistä vaikutuksista esitetään suomalaisessa keskustelussa perusteettoman optimistisia käsityksiä.

Saman insentiivin sopivuus kaikille?

Englantilainen Julian Le Grand on kehittänyt ajatuksen robusteista insentiiveistä. Kun eri toimijoiden motivaatio, siis omat tavoitteet, tunnetaan huonosti, tulisi kehittää toimintaa ohjaavia insentiivejä, jotka sopivat kaikille. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa monet toimijat kokevat tavoitteekseen toisten ihmisten auttamisen tai yhteisen hyvän tuottamisen, jolloin niiden ohjaaminen kapeasti taloudellisin insentiivein (palkka ja muut työedut) ei välttämättä toimi. Kärjistetysti voidaan sanoa, että vilpitön altruistinen toimija loukkaantuu, jos hänelle tarjotaan pientä rahanpalkan lisäystä porkkanaksi paremmista suorituksista. (Le Grand 2003.) Johtamistutkimuksessa insentiivikeskustelua käydään palkitsemiskeskustelun pohjalta (ks. tarkemmin luvusta 12).

Sosiaali- ja terveyspalveluissa insentiivien ja järjestelmän ohjaamisessa tuottajalla on aina enemmän voimaa kuin ostajalla. Esimerkiksi Suomessa sairaalapalveluja tuottavat sairaanhoitopiirit ovat vahvoja organisaatioita, ja palvelujen ostajien (esim. kuntien/alueiden) mahdollisuuksia vaikuttaa sairaanhoitopiireihin pidetään melko pieninä. Tämän takia koko järjestelmän ohjaamisessa haluttuihin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin tulisikin pyrkiä ohjaamaan mieluummin tuottajia, siis palveluiden tarjontaa, kuin kysyntää. (Saltman & Figueras 1998.)

Keskeistä:

- Johtajan on tärkeä ymmärtää sekä kansainvälisen että kansallisen kansantalouden tilanteen yhteydet palvelujen rahoitusmahdollisuuksiin ja palvelujen tarpeen muutoksiin. Näistä keskeisiä ovat usein työttömyyden vaikutukset kustannuksiin ja palvelutarpeeseen.
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan välinen suhde ei ole yksiselitteinen. Myös tarjonta luo osaltaan kysyntää.
- Sosiaali- ja terveysjohtamisen lähtökohtana ei ole talouden näkökulmasta säästöjen aikaansaanti tai voiton tuottaminen, mutta olennaista on, että resurssit käytetään tehokkaasti.

II
SOSIAALI- JA TERVEYDEN-HUOLLON JOHTAMINEN JA MUUTOS

4
Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat

Sari Rissanen ja Anneli Hujala

"How can we train leaders if we do not know what leadership is?"

Richard A. Barker (1997, 343)

Richard A. Barker (1997) on jo vuosia sitten kysynyt artikkelinsa otsikossa, kuinka voimme kouluttaa johtajia, jos emme tiedä, mitä johtaminen on. Tämä kysymys on edelleen ajankohtainen. Tutkimustietoa johtajista, heidän piirteistään ja käyttäytymisestään on paljon, mutta johtamista ilmiönä ei ole kuvattu yksiselitteisesti. Tässä luvussa tarkastellaan johtamisen määrittelyjä ja luokitteluja sekä niiden taustalla olevia perusolettamuksia ja näkemyksiä erityisesti sosiaali- ja terveysjohtamisessa. Lisäksi tarkastellaan erilaisia johtamisnäkökulmia ja niihin liittyviä käytäntöjä.

Johtamisen ymmärtäminen

Erityisesti aikaisemmin johtamista on usein määritelty erilaisten dikotomioiden pohjalta. Yksi keskeisimmistä on ollut jaottelu asioiden johtamiseen (management) ja ihmisten johtamiseen (leadership). Suomen kielessä tätä kaksijakoisuutta on vähentänyt se, että kielessämme on vain yksi verbi johtamiselle. Myös yksilön ja yhteisön välinen jako on näkynyt johtamisen tarkasteluissa. Johtamista on saatettu tarkastella vain johtajan tai työntekijän näkökulmasta tai työyhteisön näkökulmasta, mikä on osaltaan eriyttänyt yksilöpainotteista johtamistutkimusta työyhteisö- tai työelämätutkimuksesta.

Lisäksi on puhuttu johtamistyöstä eri tasoilla, kuten ylimmässä johdossa, keskijohdossa ja lähijohdossa (ks. Virtanen 2010, 35). Tällainen tyypittely on usein yksinkertaistava mutta myös helpottava tarkastelukeino. Ylimmällä johdolla on tällöin tarkoitettu yleensä organisaation strategisesta johtamisesta vastaavaa henkilöä, esimerkiksi toimialajohtajaa, sairaanhoitopiirin johtajaa ja perusturvajohtajaa. Keskijohto taas on muodostunut ylimmän ja lähijohdon väliin, ja sen nimikkeitä ovat voineet olla esimerkiksi ylihoitaja tai yksikön johtaja. Lähijohtamisella on puolestaan useimmiten tarkoitettu johtajan ja työntekijän välistä työnjohtajatyyppistä johtamissuhdetta. Samoin on tarkasteltu johtamista joko organisaation sisällä tai organisaatiosta ulospäin.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa johtamista on jaoteltu myös poliittiseen johtamiseen ja palkkasuhteiseen johtamiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon substanssijohtamiseen ja yleisjohtamiseen. Viime vuosina näistä dikotomioista on pyritty luopumaan ja huomiota on kiinnitetty yhä enemmän esimerkiksi asia- ja ihmislähtöisyyden yhdistämiseen, poliittisen ja viranhaltijajohdon integrointiin, strategisen ja käytännön johtamisen yhteyteen, johtajan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen tai ylipäätään johtamisen tarkastelemiseen yhtenä kokonaisuutena.

Eri kirjoittajat määrittelevät johtamista eri tavalla (ks. tarkemmin esim. Aaltio 2008). Usein johtamiseen kuitenkin liitetään asioiden eteenpäin saattamisen näkökulma. Johtaminen on saatettu määritellä toiminnaksi tai prosessiksi, jolla organisaation jäsenet saadaan toimimaan tavoit-

teellisesti yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (ks. esim. Sydänmaanlakka 2006, Viitala & Jylhä 2006). Johtamista on määritelty myös erilaisten johtamistehtävien, johtamisroolien tai johtamiskäyttäytymisen tyypittelyillä. Usein on käytetty Luther Gulickin (1937) POSDCORB-määritelmää, jonka mukaan johtajan tehtäviin kuuluvat suunnittelu (Planning), organisointi (Organizing), henkilöstön hankinta ja kehittäminen (Staffing), ohjaus ja johtaminen (Directing), koordinointi (Co-Ordinating), raportointi (Reporting) ja budjetointi (Budgeting).

Johtajan rooleja on tarkasteltu esimerkiksi Henry Mintzbergin (1989) roolikategorioiden pohjalta. Mintzberg on jakanut johtajan roolit kolmeen ryhmään: 1) ihmissuhderooleihin, 2) tiedonvälitysrooleihin ja 3) päätöksentekorooleihin. Ihmissuhderooleihin kuuluvat keulakuvan, johtajan ja yhdyshenkilön roolit. Tiedonvälitysrooleja taas ovat tarkkailija, tiedonvälittäjä ja puhemies, ja päätöksentekorooleja ovat yrittäjä, häiriöiden käsittelijä, voimavarojen jakaja ja neuvottelija. Yksi varhainen esimerkki käyttäytymiseen kohdistuvasta määrittelystä on demokraattisen, autoritaarisen ja laissez-faire-tyyppisen johtamisen tarkastelu (Lewin & Lippitt 1938). Edellä esitetyt esimerkit erilaisista luokitteluista kuvaavat samalla johtamistutkimuksen historiallista kehitystä.

Johtamisessa on olennaista tunnistaa ja tuntea johtamisen moninaisuus. Myös erilaiset luokittelut ovat hyviä analyysin ja oppimisen välineitä johtamisen ymmärtämiseen, mutta on tärkeää huomata eri tehtävien ja roolien vaihteleminen erilaisissa johtamistehtävissä ja johtamisympäristöissä. Esimerkiksi henkilöstö- tai budjettivastuu tai sen puuttuminen vaikuttaa vahvasti johtamistyöhön myös sosiaali- ja terveysalalla. Lääkärijohtaja voi toimia johtajana ilman henkilöstövastuuta, jolloin hänen arjen johtamistyönsä saattaa jäädä melko näkymättömäksi. Toisaalta budjettivastuun puuttuminen yksikön johtajalta heikentää hänen mahdollisuuksiaan toimia johtajana. Lisäksi esimerkiksi johtajien rooli oman organisaationsa keulakuvana on korostunut vasta viime vuosina. Tämä muutos on näkynyt muun muassa vahvistuvana organisaation maineenhallintatyönä, jossa johdolla on keskeinen rooli. Myös suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on alettu puhua esimerkiksi houkuttelevista ja ve-

tovoimaisista organisaatioista (ks. tarkemmin esim. Partanen ym. 2008, http://www.vete.fi/).

Tärkeä kysymys johtamisen analysoinnin kannalta on se, tarjoaako sosiaali- ja terveydenhuolto johtamistyön toimintaympäristönä jotain olennaista johtamisen ymmärtämiseksi. Riittääkö yleinen johtamistarkastelu kuvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista? Onko esimerkiksi palvelujen ja tuotteiden tuottaminen eri tavalla johdettavaa työtä? Entä eroaako sosiaalijohtaminen terveysjohtamisesta esimerkiksi luvussa 1 kuvattujen työn sisällön tai organisoinnin erojen vuoksi? Tässä kirjassa lähdetään siitä, että johtamisen perusasiat pätevät pääosin kaikilla johtamisen tasoilla ja kaikissa ympäristöissä.

Edellisissä luvuissa esitelty alan lainsäädäntö ja poliittinen päätöksenteko määrittävät sosiaali- ja terveydenhuoltoa, mutta myös organisaatiokulttuurin piirteet (ks. tarkemmin luvusta 8) tai työnsisällöt voivat tuoda erityisnäkymiä johtamiseen. Vahvat tai heikot ammattiprofessiot haastavat johtamistyötä. Tämä on saattanut tarkoittaa esimerkiksi sitä, että työntekijä on halunnut toimia vain sellaisen johtajan kanssa, jonka ammattitausta on sama kuin hänen omansa. Sosiaali- ja terveydenhuollolle on ominaista, että siinä toimitaan elämän peruskysymysten parissa. Juha Kinnusen ja Jari Vuoren (2005) mukaan potilaan kipu, kärsimykset, elämä ja kuolema ovat terveydenhuollon ydinkysymyksiä. Vastaavasti sosiaalisia peruskysymyksiä on lähestytty esimerkiksi syrjäytymisen, pahoinvoinnin, pahuuden kohtaamisen (Hurtig & Laitinen 2006) tai vääryyden (esim. Hirvilammi & Laatu 2008) käsittein.

Yksi johtamistutkimuksen suuntaus on julkisen ja yksityisen johtamisen vertaileminen. Esimerkkinä tästä on Ari Salmisen (2005) julkisen ja yksityisen sektorin johtamisen välinen luokittelu.

Taulukko 5. Julkisen ja yksityisen johtamisen erot (mukaillen Salminen 2005, 110–111).

Julkinen johtaminen	Yksityinen johtaminen
Perustana on yleinen etu.	Perustana on yksityinen intressi.
Johtamisen tavoitteet nojaavat yhteiskunta-poliittisiin päämääriin.	Tavoitteet nojaavat yksittäisen organisaation menestykseen ja voittoon.
Johtajat ovat kansan palvelijoita.	Johtajat ovat intressi- ja omistajaryhmien palvelijoita.
Organisaatiot ovat epäautonomisia, ja ympäristö on vakaa.	Organisaatiot ovat melko autonomisia, ja ympäristö on epävakaa.
Toimintavapaus on rajallinen.	Toimintavapaus on vähemmän rajallinen.
Virkamies on virkavastuussa.	Johtaja on tulosvastuussa.
Johtaminen on yleensä julkista.	Johtaminen on liikesalaisuus.
Johtaja on usein kompromissijohtaja, neuvottelija tai koordinoija.	Yksityinen johtaja on todellinen johtaja, keulakuva tai yrittäjä.

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa julkisella sektorilla on vanhastaan ollut niin merkittävä rooli, että myös sosiaali- ja terveysjohtaminen on hakenut perusmuotoaan julkishallinnosta. Julkisella sektorilla on johtamisen sijasta puhuttu hallinnosta (administration) ja hallintotieteistä. Johtamisympäristönä julkinen hallinto ja julkiset organisaatiot ovat edustaneet pysyviä, hierarkkisia rakenteita ja staattista organisaatiomallia verrattuna yksityisiin yrityksiin, joissa organisaatiorakenteet ovat jo aiemmin joutuneet sopeutumaan ympäristön muutoksiin. Tämä on määrittänyt myös julkishallinnon johtamista, jota on pidetty erilaisena kuin voittoa tavoittelevien yritysten johtamista.

Käsitettä ”hallinto” (administration) on ollut syrjäyttämässä käsite ”hallinta” (governance), jolla tarkoitetaan esimerkiksi suoraviivaisen hierarkkisen hallintojärjestelmän pirstoutumista monimutkaisemmaksi verkostomaiseksi kokonaisuudeksi. Hallinta-ajattelun mukaan yhteisten asioiden hallinta riippuu yhteistyöstä eri toimijoiden kanssa, joten julkinen hallinto ei enää kykene ohjaamaan yhteiskuntaa ja taloutta yksin. Hallin-

taan toimintatapana kuuluvat tapauksittain rakentuvat yhteistyö- kumppanuus- ja verkostosuhteet sekä institutionaalisten ja hallinnollisten rajojen ylittäminen. (Haveri & Pehk 2008, 9–10, myös Karppi & Sinervo 2009, ks. tarkemmin luvuista 5 ja 6.)

Julkisen sektorin toiminnan muutos, yksityisen sektorin kasvu sekä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö ovat muuttaneet alan johtamista entistä monimuotoisemmaksi. Yhä useampi sosiaali- ja terveysalan johtaja ja työntekijä työskentelee yksityisessä yrityksessä. Vastaavasti yksityisen sektorin johtamiskäytännöt on osittain otettu käyttöön myös julkisen sektorin johtamisessa. Keskusteluja julkisen sektorin johtamiskäytäntöjen soveltamisesta yksityisen sektorin käyttöön taas ei ole juuri nostettu esille.

Johtaminen organisaatiossa

Parsonsin (1951) klassikkomääritelmän mukaan organisaatiot ovat sosiaalisia yksikköjä, joita varta vasten rakennetaan ja jatkuvasti jälleenrakennetaan erityyppisiin päämääriin pyrkimiseksi. Organisaatiotutkimuksessa on oltu kiinnostuneita esimerkiksi organisaation koon, monimutkaisuuden tai tavoitteiden vaikutuksista sen toimintaan (esim. organisaatioiden vertailututkimuksesta Etzioni 1975). Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita tarkastellaan usein avoimina systeemeinä, jotka sisältävät muuttuvia ja toisiinsa vaikuttavia panoksia (esim. resurssit) ja tuotoksia (esim. hoitotoimenpiteitä, päätöksiä). Erityisesti terveystaloustieteessä näitä tuotoksia on voitu määritellä myös käsitteellä ”laatupainotteinen elinvuosi” (Qaly). (Ks. tarkemmin avoimen systeemin luonteesta Katz & Kahn 1966.)

Paljon käytetty organisaation rakennelähtöinen tarkastelu on peräisin Henry Mintzbergiltä (esim. 1989). Tarkastelussa nostetaan esille erilaisia rakenteita suhteessa yksinkertaiseen tai monimutkaiseen ja dynaamiseen tai vakaaseen ympäristöön. Terveydenhuollon organisaatiot, erityisesti erikoissairaanhoito, on vanhastaan useimmiten määritelty vakaiksi, hierarkkisiksi asiantuntijaorganisaatioiksi (esim. Virtanen 2010, 27). Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntaorganisaatiot, erityisesti sosiaalipalvelut, on puolestaan määritelty verkosto-organisaatioiksi.

Gareth Morganin kirja Images of Organization (2006) on hyvä esimerkki organisaatio- ja johtamisajattelun tuulettamisesta. Tavanmukainen mekanistinen näkemys, jonka mukaan organisaatio on kone ja työntekijät sen osia, voidaan korvata monilla muilla metaforilla. Organisaatiota voidaan verrata vaikkapa aivoihin, koko ajan muuntuvaan elävään organismiin tai vankilaan. Näkökulman vaihtaminen vaikuttaa myös siihen, millaiseksi johtaminen, johtajan ja työntekijän asema ja tehtävät organisaatiossa mielletään.

Organisaatioiden tyypittelyt ovat osittain myös vaarallisia, sillä organisaation historian ja kulttuurin mukaan niissä voivat korostua erilaiset piirteet, olipa organisaatio julkinen tai yksityinen. Organisaatioihin kohdistuu myös vahvaa muutospainetta (ks. luvusta 7). Toisaalta organisaation määrittelyssä on otettava huomioon niiden koko. Rakenteellisesti organisaationa voidaan tarkastella koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai vain yhtä sosiaalitoimistoa tai terveyskeskusta. Lisäksi organisaatiokulttuurilla on suuri merkitys organisaation olemukseen (ks. luvusta 8).

Johtamisteoriat, -näkökulmat ja -mallit

Erilaisia johtamisen teorioita, näkökulmia ja malleja on runsaasti, ja niistä puhutaan päällekkäin ja limittäin. Kansallista ja kansainvälistä johtamistutkimusta on tehty paljon erityisesti yritystoiminnassa, ja sen pohjalta on syntynyt sekä uutta teoriatietoa että teoriaa hyödyntävää konsultoivaa ja mentoroivaa materiaalia. Osittain tämä monimutkaisuus johtuu myös siitä, että teorian, näkökulman, suuntauksen ja mallin käsitteitä käytetään hajanaisesti.

Erilaisissa yhteyksissä puhutaan suurista ja pienistä teorioista, makro- ja mikroteorioista, uusista ja vanhoista teorioista sekä selittävistä ja ymmärtävistä teorioista. Makroteorioita ovat organisaation ulkopuolelle suuntautuvat teoriat ja mikroteorioita organisaation sisäiseen toimintaan liittyvät teoriat. Raja johtamisteorian, organisaatioteorian tai sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan ja työmenetelmiin liittyvän teorian välillä voi olla epäselvä. Tässä yhteydessä johtamisteoriat ymmärretään selitysyrityksiksi, jonka avulla tiede pyrkii ymmärtämään johtamista. Johtamis-

teorian ja alan tutkimusta voidaan tarkastella myös historiallisesti. Vastaavasti mallilla tarkoitetaan näkemystä johtamisen todellisuudesta, ja se voi olla joko realistinen tai ideaalinen johtamisen kuvaus.

Johtamiskirjallisuudessa puhutaan myös johtamisnäkökulmista, johtamissuuntauksista tai jopa ”johtamis-ismeistä”. Tällöin tarkastellaan usein tiettyä johtamisen alueetta, kuten strategiaa, osaamista tai muutosta. Nämä usein toisilleen rinnakkaiskäsitteinä toimivat, johtamista kokoavat näkemykset rakentuvat eri tieteenalojen teoriatiedon pohjalta, ja johtamismallit ovat usein niiden konkreettisia sovellutuksia. Välillä johtamisnäkökulmat tosin esitetään irrallaan teoreettisista lähtökohdistaan, jolloin niihin liittyvä keskustelu irtaantuu teoreettisesta taustastaan johtamismallityyppiseksi keskusteluksi. Tässä luvussa käytetään käsitettä johtamisnäkökulma, kun tarkastellaan tiettyä johtamisen aluetta.

Tieteen kehittymiseen ja tutkimuksen tekemiseen liittyy myös paradigman käsite, jolle voidaan antaa myös erilaisia tulkintoja. Esimerkiksi Jari Metsämuuronen (2006, 43, ks. myös Kuhn 1994) on kirjassaan ”Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä” todennut, että paradigma voi olla tutkijan taustanäkemys tai taustafilosofiaan ja tutkimuksen perusteisiin liittyvä tutkijoita yhdistävä näkemys siitä, mikä on oikein tai totta. Toisaalta paradigmalla on voitu tarkoittaa sellaista mallikaaviota tai selitystä tutkittavasta ilmiöstä, joka ei ole saanut vielä teorianomaista hyväksyntää. Tässä luvussa paradigman käsitettä käytetään ensimmäisen tulkinnan mukaan, kun tarkastellaan myöhemmin johtamisen taustalla olevia perusolettamuksia ja teorian kehitystä.

Seuraavassa tietoruudussa kuvataan johtamisen teorian ja tutkimuksen historiallista kehitystä. Taulukkoon 6 on puolestaan koottu yleisimpiä johtamisnäkökulmia. Nämä molemmat yksinkertaistavat tiivistelmät antavat tilaa erilaisille tulkinnoille ja kritiikille, sillä eri kirjoittajat hahmottavat teorioiden kehityksen ja johtamisnäkökulmat osittain eri tavoin. On kuitenkin tärkeää tunnistaa johtamisajattelun historiallinen kehitys, sillä johtamiskirjallisuudessa vanhat teemat ovat alttiita nousemaan uudelleen esiin uusina ideoina. Esimerkiksi jo klassisten johtamisteorioiden, tieteellisen liikkeenjohdon (taylorismin) ja ihmissuhdekoulukunnan aikoihin sittemmin pitkäksi aikaa unohdettu Mary Parker Follett esitti ajatuksia, jot-

ka ovat mukana nykyisissä näkemyksissä (Graham 1995). Follettin vanhoja tekstejä lukiessa huomaa, että jaetussa johtajuudessa tai uudenlaisessa strategia-ajattelussa ei tässä mielessä olekaan mitään täysin uutta. Toisaalta vanhat ja hylätyt johtajan ominaisuuksia tai rooleja painottavat näkemykset elävät edelleen esimerkiksi karismaattisen johtajuuden tarkasteluissa. Samoin laatujohtamisen juuret on helppo yhdistää tieteellisen liikkeenjohdon periaatteisiin. Näin johtamisajattelussa voi havaita syklistä kehitystä. Johtamisteoriat eivät ole minkään yksittäisen tieteenalan omaisuutta, vaan niissä hyödynnetään laajasti eri tieteenalojen tietoperustaa.

Johtamisteorioiden kehitys

Johtamisteorioiden kehitystä voidaan hahmottaa erilaisten historiapolkujen ja jaottelujen avulla. Esimerkiksi Pauli Juutin (2006), Hannele Seeckin (2008) ja Petri Virtasen ja Jari Stenvallin (2010) teokset antavat tähän hyvän perustan. Seuraavassa kuvataan yksinkertaistetusti johtamisteoreettisen ajattelun kehitystä jaottelemalla se Pauli Juutin jaottelua soveltamalla 1) varhaisiin klassikoihin, 2) realistiseen (moderniin) näkökulmaan, 3) tulkinnalliseen näkökulmaan ja 4) postmoderniin näkökulmaan (ks. myös Hietikko 2008).
Johtamisen varhaisista klassikoista tunnetuimpia ovat Frederick Tayloriin (1911/1914) liitetty taylorismi eli tieteellinen liikkeenjohto ja Henry Fayolin (1918/1990) hallinnon teoria. Taylorismi kohdisti huomion tuotannon tehostamiseen ja ”ainoan oikean” työntekotavan etsimiseen, Fayol puolestaan johtamisen periaatteisiin ja koulutukseen. Näiden tehokkuutta ja rationaalisuutta painottavien suuntausten vastavoimaksi syntyi usein Elton Mayoon (1945) liitetty ihmissuhdekoulukunta, joka kohdisti huomionsa myös yksittäiseen työntekijään, työpaikan ihmissuhteisiin ja työyhteisössä ilmenevään yhteistyöhön johtamisen taustalla.
Modernin ajan realistiseen maailmankuvaan tukeutuvia johtamisnäkemyksiä edustavat muun muassa johtajan ominaisuuksia, johtamistyylejä ja johtajan rooleja painottaneet näkökulmat. Vähitellen painopiste siirtyi johtaja-yksilöstä myös johtamisen ympäristöön. Huomio kiinnittyi tilannejohtamisen kysymyksiin kontingenssiteoreettisesta näkökulmasta. Lopulta johtajan piirteitä, käyttäytymistä ja tilanteista pyrittiin ottamaan huomioon kokonaisvaltaisesti. Tämän suuntauksen keskeisiä tutkijoita ovat esimerkiksi William Redelin (1970), Robert Blake ja Jane Mouton (1977) ja Paul Hersey ja Kenneth Blanchard (1975). Konkreettinen esimerkki tästä on siirtyminen kaksiulotteisista johtamismalleista (ihmiskeskeinen ja tehtäväkeskeinen) kolmiulotteisiin johtamismalleihin, joissa kolmanneksi ulottuvuudeksi otettiin mukaan tehokkuus.

Johtamistutkimuksen tulkinnallisessa vaiheessa luovuttiin selittävistä, positivistisista lähtökohdista ja huomiota alettiin yhä enemmän kiinnittää kulttuurisiin kysymyksiin (esim. Schein 1987) ja ylipäätään merkitysten johtamiseen (esim. Smircich & Morgan 1982). Tähän vaiheeseen luetaan myös James Burnsin (1978) transformationaalinen johtaminen. Olennaista oli huomion kiinnittyminen ihmisten merkityssisältöjen luomiseen ja siihen, miten johtaminen vaikuttaa näihin merkityssisältöihin.
Neljäntenä vaiheena voidaan pitää viime aikojen postmodernia johtamisteorian kehitystä, joka pyrkii kyseenalaistamaan vallitsevia johtamiskäsityksiä. Tässä vaiheessa johtamista on alettu tarkastelemaan esimerkiksi muoteina, tarinoina tai teksteinä. Vaihetta edustavat kriittinen johtamistutkimus (Alvesson ym. 2009), kielellinen käänne (Grant ym. 2004) ja practice based -lähestymistavat eli organisaation ymmärtäminen arjessa tapahtuvien tässä-ja-nyt-käytäntöjen näkökulmasta (ks. esim. Miettinen ym. 2009). Viimeisimpiä kehityssuuntia ovat muun muassa myös visuaalinen, esteettinen, kehollinen ja affektiivinen käänne (esim. Martikainen & Hujala 2014, 2017, Ropo 2011).

Historiallisesti tarkasteltuna esimerkiksi laatujohtamisen on katsottu siirtyneen ensin teollisuudesta terveyspalveluihin ja vasta myöhemmin sosiaalipalveluihin. 2010-luvun alussa henkilöstövoimavarojen johtaminen, osaamisen johtaminen ja tietojohtaminen ovat suosittuja johtamisen näkökulmia, mutta niitä toisiinsa yhteen sovittava määrittely on vielä puutteellista. Viime vuosina myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon on kaivattu erityisesti muutosjohtajuutta ja talousjohtamista. Tämä on näkynyt esimerkiksi johtajien rekrytointi-ilmoituksissa. Kyseiset painotukset näkyvät myös tämän kirjan luvuissa 7 ja 10–12. Vaikuttavuusteeman (esim. Simonen 2012) vahvistumisen lisäksi on myös tehdasteollisuudesta peräisin oleva tuotantotaloudellinen LEAN-ajattelu (Waring & Bishop 2010, Radnor & Osborne 2013) niin ikään laajentunut toimintaprosessien kehittämistyökaluksi myös terveydenhuoltoon ja julkisiin palveluihin.

Taulukossa 5 esitettävien johtamisnäkökulmien lisäksi on monia muitakin näkökulmia (esim. eettinen johtaminen [Sinkkonen & Laulainen 2010], tilajohtaminen [Hujala & Rissanen 2010], verkostojen johtaminen [luku 6 tässä kirjassa] ja dialoginen johtaminen [luku 9 tässä kirjassa]). Eri näkökulmissa sovellettu teoriatieto voi olla yhtenevää, ja eri johtamisnäkökulmilla on usein yhtymäkohtia toisiinsa.

Taulukko 6. Johtamisnäkökulmia ja niiden keskeisiä tarkastelukohtia. Suluissa on väitöskirjatutkimusviitteitä lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon tai kuntien ja valtion toiminnasta.

Johtamisnäkökulmia	Keskeinen tarkastelun kohde
Henkilöstövoimavarojen johtaminen ja strateginen henkilöstövoimavarojen johtaminen (Human Resource Management, Strategic Human Resource Management) (esim. Huotari 2009, Hietamäki 2013, Ruuska 2013, Kujanpää 2017)	Henkilöstön rekrytointiin, osaamisen kehittämiseen, motivointiin ja palkitsemiseen liittyvät kysymykset organisaation strategisesta näkökulmasta
Innovaatioiden johtaminen (Innovation Management) (esim. Miettinen 1996)	Innovaatioiden syntyminen ja niiden edistäminen
Informaatiojohtaminen tai tietojohtaminen (Information management, myös käsitteellä knowledge management) (esim. Jalonen 2007, Tähkäpää 2007, Hyrkäs 2009, Simonen 2012)	Tiedon hallinnointi ja hyödyntäminen
Laatujohtaminen (Quality Management, Total Quality Management) (esim. Oulasvirta 2007)	Laadun kehittäminen, prosessien kehittäminen; tulkintana myös johtamisen kokonaistarkastelu
Uusi julkisjohtaminen (New Public Management) (esim. Lähdesmäki 2003, Torppa 2007, Jylhäsaari 2009, Kaljunen 2011)	Yksityisen sektorin johtamis- ja toimintakäytäntöjen soveltaminen julkiseen sektoriin
Muutosjohtaminen (Change Management) (esim. Päätalo 2005, Taskinen 2005, Nyholm 2008, Vuorinen 2009, Vakkala 2012)	Muutoksen läpivienti
Osaamisen johtaminen (Knowledge Management) (esim. Ollila 2006, Kivinen 2008, Hyrkäs 2009)	Osaamisen kehittäminen, jakaminen ja arviointi
Projektijohtaminen (Project Management) (esim. Seppänen-Järvelä 1999, Tähkäpää 2007, Rinne 2009)	Projektien suunnittelu, johtaminen ja arviointi
Strateginen johtaminen (Strategic Management) (esim. Päätalo 2005, Rannisto 2005, Huotari 2009)	Strategian luominen, toimeenpano ja arviointi
Talousjohtaminen (Financial Management) (esim. Moisio 2002, Tammi 2006)	Budjetointi, kustannusten seuranta ja budjetin avulla johtaminen

Tavoite- ja tulosjohtaminen (Management by Objectives) (esim. Möttönen 1997)	Johtamisen tarkastelu tavoitteen ja tulosten pohjalta
Tiimijohtaminen (Team management) (Halttunen 2009)	Tiimien muodostumisen ja johtamisen sekä jaetun johtajuuden kysymykset

Myös johtamisnäkökulmien sisällä saattaa olla useita eri koulukuntia, joissa painotetaan eri asioita. Esimerkkejä tästä ovat strateginen johtaminen ja laatujohtaminen. Strategisen johtamisen taustalla on useita strategia-ajattelun koulukuntia, joissa painottuu esimerkiksi joko organisaatiokulttuuri tai sidosryhmäajattelu (ks. esim. Malkki 1999, Toikka 2002, Rannisto 2005, Juuti & Luoma 2009). Vastaavasti laatujohtamisen taustalla on erilaisia näkemyksiä, joissa sekä laatu tai laatujohtaminen määritellään eri tavalla. Laatujohtamisessa saattaa painottua laadun kehittäminen asiakas- tai potilastyössä, vaikkei se olisi etusijalla koko organisaation johtamisajattelussa. Toisaalta laatujohtaminen on saatettu määrittää koko organisaation johtamisnäkökulmaksi, jolloin siihen luetaan koko organisaation toiminta (esim. strategian muodostumisesta talouteen ja ympäristövaikutuksiin, ks. Lumijärvi & Jylhäsaari 1999).

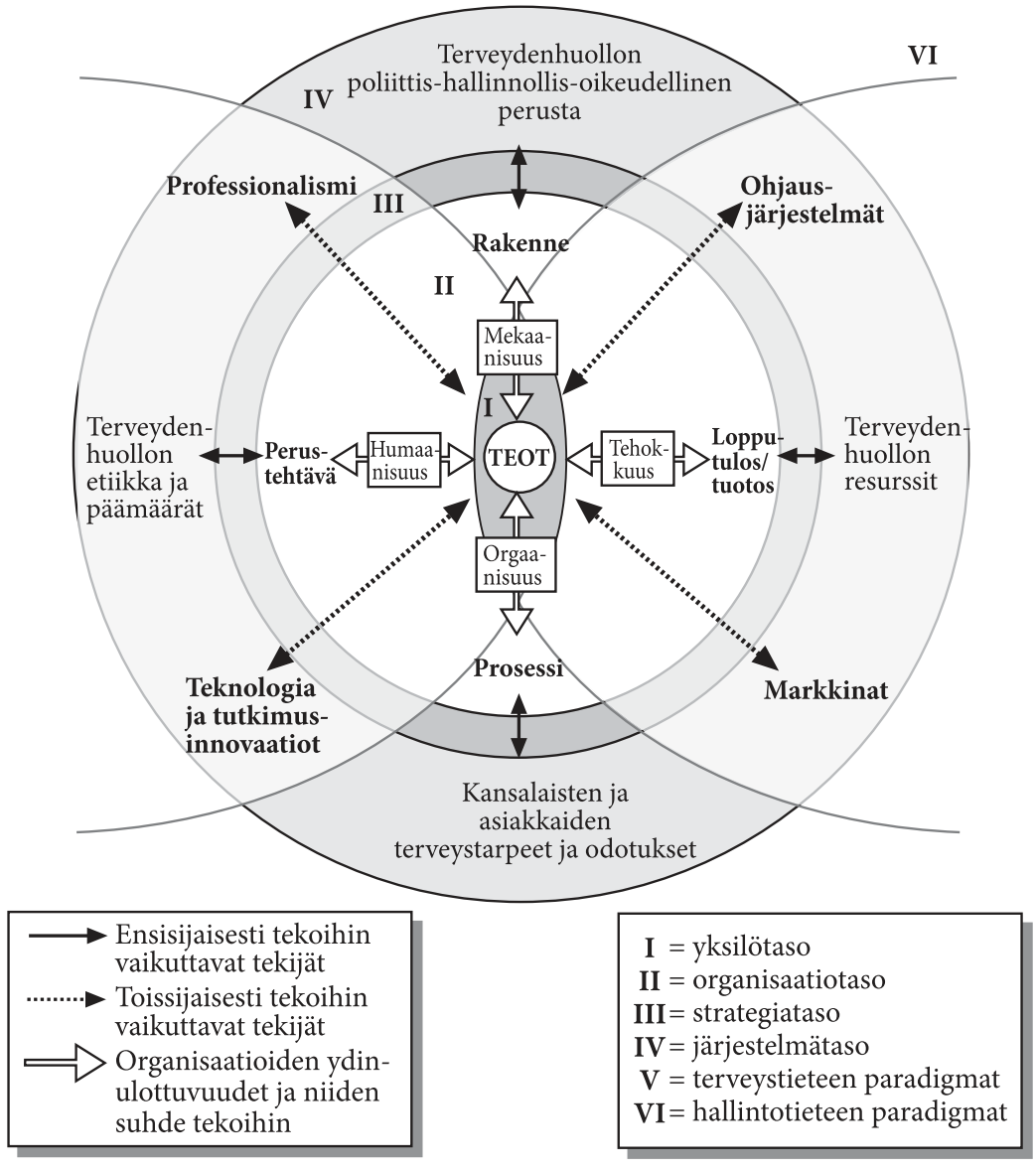
Uuden julkisen johtamisen (New Public Management, NPM) historia ulottuu vuosikymmenien päähän, mutta Suomessa näkökulma on saanut suosiota vasta 1990-luvulla alkaen. Uuden julkisen johtamisen näkökulma on lähentänyt yksityistä ja julkista johtamista. Uuden julkisen johtamisen näkökulma ei ole yksityiskohtaisesti määriteltävissä, vaan se sisältää erilaisia painotuksia. Uuteen julkiseen johtamiseen on kuitenkin liitetty tehokkuuden, julkisen yrittäjyyden ja tulosvastuun periaatteet (Lähdesmäki 2003). Julkinen hallinta eli niin sanottu governance-malli on noussut 2000-luvulla näkökulmittain joko uuden julkisjohtamisen haastajaksi tai sen täydentäjäksi (ks. lisää Virtanen & Stenvall 2010).

Strategisen johtamisen yleistyminen julkisissa organisaatioissa ilmentää uutta julkisjohtamista (esim. Sorsa ym. 2010). Esimerkkejä uuden julkisjohtamisen soveltamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat myös tulospalkkaus, suoriteperusteinen budjetointi, sopimusohjaus ja tilaaja-tuot-

tajamalli. Vain pieni osa sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöstä on tulospalkkauksen piirissä, ja myös suoriteperusteinen budjetointi on vasta kokeiluasteella. Sen sijaan sopimusohjauksesta ja tilaaja-tuottajamalleista on jo kokemusta erikoissairaanhoidossa ja useammissa kunnissa.

Pyrkimys soveltaa liiketalouden periaatteita sosiaali- ja terveydenhuoltoon asettaa uusia johtamiseen liittyviä haasteita. Erilaiset yhteiskunnan arvoasetelmat, kuten eettisesti hyvän hoidon ja kustannusten suhde, ovat vahvasti mukana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tasapainottelu perinteisten arvojen ja tuloksellisuuden välillä on herättänyt paljon keskustelua. On kuitenkin tärkeää arvioida, miten rajalliset resurssit on mahdollista käyttää eettisesti kestävästi (ks. myös luvusta 3). Vähintään yhtä suuri haaste julkisessa johtamisessa voi tosin olla se, että laaja-alaiset julkiset rakenteet ja niiden toimintamallit muuttuvat hitaammin kuin yksityisen sektorin rakenteet ja toimintamallit.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon sovellettuja laaja-alaisia, suomalaisesta palvelujärjestelmästä nousevia johtamismalleja ei ole runsaasti. Juha Kinnunen ja Jari Vuori (2005) ovat luoneet terveydenhuollon johtamiskulttuurin holistisen mallin, jossa yhdistetään terveydenhuollon erityispiirteitä sekä johtamisen ja hallinnon peruspiirteitä. Terveydenhuollon erityispiirteiksi tulkitaan esimerkiksi terveydenhuollon etiikka ja poliittis-hallinnollis-oikeudellinen perusta. Johtamisen ja hallinnon peruspiirteiksi vastaavasti tulkitaan mekanistisuus, orgaanisuus, tehokkuus ja humaanisuus (kuvio 5). Toisaalta Quinnin (1988) kilpailevien arvojen mallia on käytetty erityisesti sosiaalijohtamisessa (Niiranen 1994).



Kuvio 5. Terveydenhuollon johtamiskulttuurin holistinen malli (Kinnunen & Vuori 2005, 200).

Teorioiden ja näkökulmien taustalla olevat perusolettamukset

Jokainen johtaja luo johtamiskäyttäytymisensä taustalle oman, tiedostettuja ja tiedostamattomia aineksia sisältävän sovelluksensa. Eräs tapa hahmottaa johtamis- ja organisaatioteoreettista keskustelua on pyrkiä analysoimaan erilaisten teorioiden perusolettamuksia. Näillä tarkoitetaan muun

muassa sitä, millaisena näemme maailman (ontologia) ja mitä pidämme tietona (epistemologia).

Se, millaisena maailma ja todellisuus hahmotetaan, vaikuttaa siihen, mitä johtamisesta ajatellaan. Myös käsitys tiedon olemuksesta ja ihmiskäsitys vaikuttavat siihen, millaisena ilmiönä johtaminen näyttäytyy. Erilaisissa johtamisteorioissa, johtamisnäkökulmissa ja malleissa nämä perusolettamukset vaihtelevat. Voidaan puhua myös niin sanotuista johtamisen paradigmoista. Kunkin tällaisen paradigman sisällä perusolettamukset otetaan annettuina eikä niitä yleensä kyseenalaisteta.

Seuraavassa on verrattu toisiinsa kahta erilaista lähestymistapaa, realismia ja sosiaalista konstruktionismia. Realistisen maailmankuvan mukaan todellisuus on objektiivinen todellisuus. Se on ihmisen ulkopuolella, ja se on olemassa ihmisestä riippumatta. Hieman kärjistetysti voidaan ajatella, että tämän näkökulman mukaan myös organisaatio on ihmisistä erillinen, lähestulkoon konkreettinen todellisuus. Organisaatio on säännönmukainen ja vakaa järjestelmä, jossa pätevät kausaaliset suhteet. Tieto on täsmällisesti määriteltävissä, ja ihmiset toimivat rationaalisesti niin, että he perustavat toimintansa ja päätöksentekonsa tarkoin harkittuun tietoon ja erilaisten vaihtoehtojen harkinnan perusteella tehtyihin valintoihin. Myös erilaiset organisationaaliset ilmiöt ovat todellisia. Esimerkiksi työyhteisön ilmapiiri voidaan aistia ja sitä voidaan mitata. Organisaatiokulttuuri puolestaan mielletään niin konkreettiseksi, että vanha kulttuuri on ”sulatettava” ennen kuin uutta voidaan rakentaa tilalle.

Sosiaalisen konstruktionismin mukaan ihminen ja häntä ympäröivä sosiaalinen todellisuus eivät ole toisistaan erillisiä. Maailma ja todellisuus rakentuvat ja niitä rakennetaan ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa erityisesti puheella ja kielellä. Konstruktionismi ei kiellä fyysistä, ihmisestä riippumatonta maailmaa, mutta se painottaa, että ihmiselle se näyttäytyy aina ihmisten yhdessä luomien merkitysten pohjalta (Berger & Luckmann 1994, Gergen 1999, 2009). Tämän näkökulman mukaan organisaatio on ihmisten itsensä luoma, jatkuvasti muotoutuva sosiaalinen rakennelma, jota joko muutetaan tai pidetään yllä vuorovaikutuksessa. Edellä mainittua työyhteisön ilmapiiriä tai johtamista ei sosiaalisen konstruktionismin mukaan ole olemassa meistä ihmisistä riippumattomana ilmiönä.

Kun ihminen lähtee perjantai-iltana töistä, ilmapiiri ei jää leijumaan tyhjiin työhuoneisiin ja ole sitten valmiina ja muuttumattomana odottamassa häntä maanantaiaamuna. Samoin organisaatiokulttuuria ihmiset luovat koko ajan yhdessä (Alvesson 2004).

Näitä kahta käsitystä todellisuudesta voidaan kuvata kahden erilaisen metaforan avulla (Stainton Rogers 2003). Tavanmukaisemman käsityksen mukaan organisaatio on kuin akvaario, jossa kalat uiskentelevat vedessä. Kalat voivat tehdä yhdessä asioita, vaikkapa uida parvessa, samalla tavalla kuin ihmiset voivat toimia tiimissä. Kalat ovat kuitenkin erillään sekä toisistaan että ympäristöstään. Vesi symboloi ympäristöä: se jää olemaan, vaikka kalat ongittaisiin pois. Kokonaan toisenlainen kuva organisaatiosta syntyy, jos sitä verrataan musiikkiin. Ilman soittajia tai laulajia ei ole olemassa musiikkia. Vastaavasti voidaan katsoa, että myös organisaatioon liittyvät ilmiöt ovat kuin musiikkia, jonka ihmiset tuottavat yhdessä ja vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Kun vuorovaikutus loppuu, organisaation ilmapiiristä, organisaatiokulttuurista tai johtamisesta ei jää jäljelle mitään konkreettista.

Erilaisten perusolettamusten pohjalta johtamista ja johtamiseen liittyviä käsitteitä voidaan siten määritellä hyvin eri tavoin. Johtajaa voidaan pitää johtamisen tärkeimpänä kulmakivenä, jonka hallussa on organisaation kannalta tärkein tieto ja jonka päätöksenteko perustuu rationaalisiin lähtökohtiin. Toisaalta esimerkiksi konstruktionistisen näkemyksen mukaan johtaminen ei ole johtajan yksilöllistä toimintaa vaan johtajan ja työntekijöiden välistä toimintaa. Tällöin johtaminen ei ole yksipuolista, johtajasta lähtevää vaikuttamista vaan jotakin, joka syntyy vuorovaikutuksessa ja johon myös työntekijät osaltaan vaikuttavat.

Edellä olevan kuvauksen kaksijakoisuus on luonnollisesti kärjistettyä. Tarkoituksena ei ole tältäkään osin vahvistaa dikotomista ajattelua vaan ainoastaan tuoda esille, että johtamista käsitteenä ja ilmiönä voidaan määritellä monista erilaisista lähtökohdista. Esimerkiksi konstruktionismia on kritisoitu siitä, että se pelkistää johtamisen pelkäksi puheeksi ja kielellisiksi ilmiöiksi.

Realismi ja konstruktionismi ovat vain esimerkkejä johtamisen taustalla vaikuttavista ajattelutavoista ja perusolettamuksista. Samalla tavalla

johtamisen määrittelyn lähtökohdaksi voidaan ottaa jokin muu tieteenfilosofinen suuntaus. Kriittinen realismi pohjautuu edellä mainittuun realistiseen näkemykseen, mutta soveltaa sen ajatuksia nimenomaan ihmistieteisiin sopivaksi (Kuusela & Niiranen 2006). Fenomenologiassa mielenkiinto kohdistuu yksilöiden erilaisiin kokemuksiin ja tulkintoihin asioista. Pragmatismi puolestaan painottaa teorialähtöisen järkitiedon sijaan toiminnasta lähtevää tietoa. Perusolettamukset vaikuttavat muun muassa siihen, mistä ja miten tiedon ajatellaan löytyvän, kun johtamista tutkitaan: pyritäänkö paljastamaan ihmisen pään sisällä olevia ajatuksia, onko tieto tulkittavissa ihmisten välisestä puheesta vai etsitäänkö johtamissa vaikuttavia piilomekanismeja. Johtamistyössä samat asiat konkretisoituvat vaikkapa sellaisissa kysymyksissä kuin ”Onko valta jotakin, joka on jonkun ihmisen hallussa?”, ”Voidaanko valta-asemia muuttaa vuorovaikutuksessa?” ja ”Pystytäänkö tietoa siirtämään ihmiseltä toiselle?”.

Johtamistutkimuksen ja teorioiden tulevaisuus

Johtamisen tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollossa on yhteydessä johtamisteorioiden kehitykseen ja johtamiskäytäntöjen muutokseen. Elina Pekkarinen (2010) on tehnyt laadullisen katsauksen sosiaalialan johtamisen tutkimuksesta 2000-luvulla sekä Suomessa että ulkomailla. Katsauksen mukaan alan johtamistutkimuksen teemoja ovat olleet johtaminen muutoksessa, johtamistyylit, tehokkuus ja vaikuttavuus, työolot, johtamiskoulutus, uusi julkisjohtaminen, moniammatillisuus, naisasia, vähemmistöasia sekä historia. Katsaus myös osoitti, että sosiaalialan johtamistutkimuksissa vallitsi kaksijakoisuus. Johtamiselta odotettiin tehokkuuden ja vaikuttavuuden lisäämistä, mutta toisaalta sen toivottiin tukevan sosiaalialan markkinatalousajattelusta vapaata arvopohjaa.

Vastaava terveydenhuollon johtamisen kirjallisuuskatsaus (Grönroos & Perälä) on vuodelta 2004. Tuolloin aikaisempi tutkimus oli kohdistunut eniten johtajien käsityksiin roolistaan, toiminnastaan tai osaamisestaan. Seuraavaksi eniten oli tutkittu hoitohenkilökunnan kokemuksia johtajistaan. Tutkimustulokset olivat hoitotyönjohtajien ja lääkärijohtajien osal-

ta osittain erilaiset. Myös terveydenhuollon johtamistutkimuksessa tunnistettiin tarve sekä vaikuttavuuden että eettisyyden yhteensovittamiselle sekä organisaatiotason johtamisen että lähijohtajuuden tutkimuksessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista on tutkittu eri tieteenalojen käsittein ja menetelmin (ks. Vuori 2005a). Tutkimusta on tehty sosiaali- ja terveysalan substanssitieteissä (esim. hoitotiede, sosiaalityö) ja muissa tieteissä (esim. hallintotiede, kauppatiede, psykologia ja sosiologia) sekä näitä yhteen sovittaen (esim. terveyshallintotiede, sosiaalihallintotiede). Kansalliset, eri tieteenalojen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista käsitelleet väitöskirjat antavat ajankohtaisen kuvan tutkimuksen tilasta (esim. Aarva 2009). Lisäksi sosiaali- ja terveysalan sekä johtamisen kansalliset ja kansainväliset lehdet antavat kuvaa tutkimuksen painotuksista. Monien tieteellisten lehtien taustalla toimii alan tutkimuksen yhdistys. Kansallisesti sosiaalipalvelujen johtamista (esim. Niiranen ym. 2010), terveydenhuollon johtamista (esim. Vuori 2005b), lähijohtamista (esim. Laaksonen ym. 2005) ja laajemmin julkista johtamista on koottu myös yhteen (Virtanen & Stenvall 2010).

ESIMERKKI	**Valittuja sosiaali- ja terveysalan ja johtamisen ammatillisia lehtiä ja tieteellisiä lehtiä**

Kansallisia ammatillisia lehtiä
Pro Terveys (http://www.taja.fi/)
Sairaanhoitaja (http://www.sairaanhoitaja.fi/)
Sosiaalivakuutus (http://www.kela.fi)
Talentia (http://www.talentia.fi/)
Tehy (http://www.tehy.fi/)
Tesso (http://www.tesso.fi/)

Kansallisia tieteellisiä lehtiä

Gerontologia (http://pro.tsv.fi/kvt/)
Hallinnon Tutkimus (http://hallinnontutkimus.fi/)
Hoitotiede (http://www.uef.fi/htts)
Janus (http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/)
Kunnallistieteellinen aikakauskirja (http://www.kunnallistiede/aikakausikirja/)
Premissi (http://www.premissi.fi/)
Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja (http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/index)
Suomen Lääkärilehti (http://www.laakarilehti.fi/)
Työelämän tutkimus (http://pro.tsv.fi/tetu)
Yhteiskuntapolitiikka (http://www.thl.fi)

Kansainvälisiä lehtiä (johtamiseen painottuvia)

Human Service Organizations Management, Leadership & Governance
International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics
Journal of Nursing Management
Journal of Health Organization and Management
Leadership in Health Services
Local Government Studies
Public Management Review

Viimeaikaisessa johtamista koskevassa teoreettisessa keskustelussa ja tutkimuksessa on havaittavissa ainakin kaksi kehityssuuntaa. Ensinnäkin johtajaan keskittyvästä yksilölähtöisestä näkökulmasta on siirrytty johtamisen eri toimijat huomioivaan näkökulmaan. Jo aiemmin vuorovaikutusulottuvuus on ollut mukana muun muassa tiimin, oppivan organisaation ja osallistavan johtamisen käsitteissä. Johtajaan keskittyvistä teorioista, joissa on pyritty tunnistamaan erilaisia johtajan piirteitä tai ominaisuuksia ja analysoimaan johtajan rooleja ja johtamistyylejä, on siirrytty esimies-alaisasetelman kyseenalaistamiseen. Ylhäältä alas suuntautuvan vaikuttamisen rinnalle on nostettu horisontaalinen vaikuttaminen eli yhdessä ja yhteiseksi tekemisen prosessi, kuten jaetussa johtajuudessa (Ro-

po ym. 2005). Muita uudehkoja vuorovaikutusta korostavia suuntauksia ovat muun muassa empowerment eli valtaistaminen, dialoginen johtaminen, moniääninen johtaminen ja organisaatiokansalaisuus.

Tämä vähittäin tapahtuva muutos suurmies- ja sankariteorioista kohti yhteisöllisempää johtamiskäsitystä näkyy myös johtamisen kielessä. Alaisten sijaan puhutaan mieluummin työntekijöistä, asiantuntijoista, tuloksentekijöistä tai kumppaneista. Alistavasta johtamisesta taas on siirrytty muun muassa valmentavaan, keskustelevaan tai jopa palvelevaan johtamiseen. Johtajan johtamistaitojen ohella on alettu kiinnittää huomiota myös työntekijöiden ”taitoihin olla johtamisen toisena osapuolena”. Tätä keskustelua on käyty erityisesti Soili Keskisen (2005) tunnetuksi tekemällä alaistaito-käsitteellä. Alaistaidot ovat herättäneet huomiota ja keskustelua, joskaan käsitteen nimeäminen alaisalkuiseksi ei anna täyttä kuvaa käsitteen sisällöstä. Organisaatiokansalaisuus lienee uusimpia johtamispuheessa esiin nostettuja käsitteitä (Laulainen 2010). Se sisältää ajatuksen johdettavana olemisen taitoa laajemmasta hyvästä organisaation jäsenyydestä. Myös työntekijät pystyvät omalla toiminnallaan joko mahdollistamaan tai estämään onnistuneita johtamiskokemuksia.

Toinen nykyisessä johtamisteoreettisessa keskustelussa näkyvä kehityssuunta on tavanmukaisista poikkeavien teemojen ja näkökulmien esiin nostaminen ja valtavirta-ajattelun kyseenalaistaminen. Aiemmin johtamistutkimuksessa näkymättömiä tai vaiettuja aiheita ovat muun muassa tunteet, estetiikka ja kehollisuus. Myös sukupuolen näkökulma johtamistutkimuksessa on aina välillä saanut enemmän näkyvyyttä. Kriittinen johtamistutkimus (Alvesson ym. 2009, Hujala ym. 2014) on nostanut esiin uudenlaisia näkökulmia muun muassa valtaan ja hierarkiaan. Kielellinen vuorovaikutus (esim. Hujala 2008) taas on noussut niin keskeiseksi asiaksi, että johtamis- ja organisaatiotutkimuksessa puhutaan ”kielellisestä käänteestä”. Esimerkiksi muutoksen johtamista voidaan pitää keskustelujen johtamisena ja organisaatioita kielellisinä konstruktioina. Käytäntöihin perustuvat teoriasuuntaukset (practice-based approaches) ovat puolestaan muuttaneet etenkin strategia-ajattelua. Strategia käytäntönä -näkökulma (strategy-as-practice) painottaa suurten linjojen etukäteissuunnittelun sijaan arjen toimintoihin perustuvaa strategiatyötä (ks. lisää http://www.sap-in.org/).

Sukupuolen merkitys johtamisessa

Naistutkimus on nostanut esiin sukupuolen merkityksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (esim. Anttonen 1997) ja johtamisessa. Johtamistutkimus on aiemmin usein jättänyt huomioimatta sukupuolen, mutta tärkeänä avauksena tältä osin on pidetty Rosabeth Moss Kanterin (1977) käsitettä ”ainokainen”, joka viittaa vähemmistön edustajaan (esim. naisjohtajaan) jossakin ryhmässä. Kansainväliset vertailututkimukset miesten ja naisten johtamistyyleistä antavat osittain ristiriitaista tietoa. Useimmiten naisjohtajien toimintaan on liitetty vuorovaikutteisuus ja yhteistyöhakuisuus ja vastaavasti miesjohtajien toimintaan käskyttävä tai tavoite- ja toimintahakuinen toiminta. Lauri Kokkisen tutkimusryhmän tulokset (2007, 192) suomalaisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta osoittavat, että naiset käyttävät johtamistyössään enemmän jaettua johtajuutta kuin miehet.

Sukupuoli on nostettu esille myös johtamiskoulutuksen näkökulmasta. On väitetty, että johtamiskouluttajat toimivat sukupuolen osalta sokeasti tai parhaimmillaankin ainoastaan sukupuolineutraalisti, tarkastellaanpa johtamiskoulutusta, johtamistutkimusta tai johtamisteorioiden kehitystä (Mavin ym. 2006, 32). Tilastojen mukaan suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa miesten osuus johtamistehtävissä on suurempi kuin heidän osuutensa sosiaali- ja terveydenhuollossa kaikkiaan. Sukupuolen merkitystä johtamisessa ovat Suomessa tarkastelleet esimerkiksi Helena Karento (1999), Sirkka Sinkkonen (1999), Iiris Aaltio-Marjosola (2001) ja Anna-Maija Lämsä (2003).

Johtamisen välineet

Johtamis- ja organisaatioteoreettiset näkemykset ovat kautta aikojen konkretisoituneet johtamisessa eri tavoin. Organisaatiot muuttuvat arjessa osittain teoriakeskustelun näkemysten mukaan. Hierarkkisista organisaatioista on siirrytty mataliin organisaatioihin, keskusjohtolähtöisyydestä tiimeihin ja verkostoihin, joskin 2010-luvulla on nähtävissä myös paluuta keskusjohtoisempaan suuntaan (esim. johtajien määrän vähentäminen, vallan keskittäminen ylimmälle johdolle). Samalla tavalla monenlaiset teoriataustaiset johtamisen välineet värittävät organisaatioiden toimijoiden, kuten johtajan ja työntekijöiden, arkea. Usein nämä sovellutukset on tosin niiden kentälle tulon vaiheessa kehitetty työvälineiksi niin, että niiden taustalla oleva teoriaperusta on muuttunut näkymättömäksi tai osittain jopa unohtunut.

Menneiden vuosikymmenten tunnetuimmat johtamisen työvälineet ovat liittyneet laatu-, strategia-, tavoite-, tiimi- ja tulosjohtamiseen. Eräs tulosjohtamista uusintava työväline on strategiseen johtamiseen liittyvä tasapainotettu tuloskortti (Balanced Scorecard, BSC, Kaplan & Norton 1992), joka on levinnyt laajalti myös isojen julkisten organisaatioiden, kuten kuntien, käyttöön (ks. myös Niiranen ym. 2005). BSC:ssä kehitetään organisaatiolle neljän näkökulman mittaristo. Tavanmukaisen talousnäkökulman lisäksi huomioidaan asiakkaiden, prosessien ja henkilökunnan näkökulmat.

Toisenlaista uudistumista puolestaan edustaa vaikkapa hiljaisen tiedon hyödyntämisen näkökulma, jossa eläkkeelle lähtevien tai organisaatiosta muuten pois siirtyvien työntekijöiden kokemukseen perustuva osaaminen halutaan saada talteen. Nykyisin ollaan yhä kiinnostuneempia työntekijöiden ja johtajien osaamisesta eikä enää niin paljon heidän muodollisesta koulutuksestaan. Esimerkiksi johdon tietojärjestelmiin kootuissa koulutus- ja osaamisrekistereissä tietoa henkilöstön erilaisesta osaamisesta pidetään entistä olennaisempana.

Aiemmin johtamisnäkökulmiin perustuvia työvälineitä pidettiin pääasiassa ylimmän suunnittelevan johdon työvälineinä. Strategisen suunnittelun välineet (SWOT-nelikenttäanalyysi, SBA eli strategisten business-alueiden määrittely jne.) olivat vielä 1980-luvulla pelkästään johdolle suunnattuja työkaluja. Johdon tehtävänä oli suunnitella strategia, ja suorittavan henkilökunnan osana oli olla strategiatiedotuksen kohteena ja strategian toteuttajana. Sittemmin teoreettinen ymmärrys strategian teon luonteesta on muuttunut. Nykyisin katsotaan, että strategia syntyy enemmän käytännön lähtökohdista eli eri toimijoiden välisen vuorovaikutuksen tuloksena. Strategiaan sitoudutaan tämän näkökulman mukaan parhaiten silloin, kun sen toteuttajat ovat mukana myös suunnittelussa (ks. lisää luvuista 2 ja 12).

Uudet johtamisvälineet voivat olla välillä turhauttavia, mutta ne ovat tärkeitä johtamisteoreettisen ymmärryksen levittämisessä. Uudet johtamisvälineet virkistävät. Kun asioita katsotaan uusista näkökulmista, myös johtamisen arkeen avautuu tuoreita näkökulmia. Toisaalta ongelmaksi voi tulla se, että kun teoriat ja näkökulmat muuttuvat työvälineiksi, ne myös

yksinkertaistuvat. Vaikka ne sinällään voivat tarjota selkeän välineen johtamisen laajan kokonaisuuden hahmottamiseen ja jäsentämiseen, ne kohdistavat kuitenkin huomionsa rajalliseen määrään asioita.

Tällaisia ongelmia on havaittu esimerkiksi laatujärjestelmien ja BSC:n käytössä. Laatujärjestelmiä tehtäessä saatetaan keskittyä liikaa organisaation sisäisten prosessien kuvaamiseen, jolloin toiminnan kehittäminen asiakkaiden ja potilaiden näkökulmasta jää toissijaiseksi. BSC-sovellutuksissa tiettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita on helpompi mitata kuin toisia. Tällöin on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, ettei arvioitaviksi tavoitteiksi oteta vain niitä, joita on helppo mitata määrällisesti tai joista on jo saatavilla tietoa (esim. käyntien määrä). Uhkana on, että huomiota kiinnitetään vain näihin helposti mitattaviin tavoitteisiin. Tässä mielessä johdon tietojärjestelmiä on hyvin tärkeä kehittää, mihin syvennytään lisää luvussa 11.

Laajemmin voidaan myös kysyä, ovatko esimerkiksi uuden julkisjohtamisen liiketaloudelliset periaatteet ja toimintamallit (esim. kilpailuttaminen) jättäneet varjoonsa sosiaali- ja terveydenhuollon perinteiset eettiset arvot. Kun panostetaan tiettyihin asioihin, jotkin muut tärkeät asiat voivat jäädä vaille riittävää huomiota. Tämä voi konkretisoitua esimerkiksi tilanteessa, jossa palvelujen kilpailuttamisen myötä asumispalveluiden asiakkaat joutuvat vaihtamaan kotiaan kilpailuttamisrytmin mukaan (kunnan oletetut taloudelliset säästöt verrattuna hoidon jatkuvuuteen). Kilpailuttamiseen liittyvän tutkimusnäytön vahvistuminen on siten erittäin tärkeää (Willberg 2006, Martikainen 2009).

Tiettyihin asioihin keskittyvissä ja toiset asiat ”unohtavissa” johtamismalleissa on kyse paitsi todellisuuden tiedostetusta rakentamisesta myös sen tiedostamattomasta rakentumisesta. Johtamisen malleilla ja työvälineillä muokataan organisaation todellisuutta tiettyyn suuntaan, mutta samanaikaisesti mallit ja välineet muokkaavat todellisuutta ja organisaation jäseniä myös niin, ettei niiden vaikutusta huomata (ks. esim. Lehtimäki 2000, Edenius & Hasselbladh 2002). Johtamistyön haasteena onkin päästä johtamisvälineiden mekaanisesta käytöstä niiden luovaan käyttöön ja ymmärtää, että apuvälineet ovat pikemmin toimintaa motivoivia asioita kuin itseisarvo. Henkilökunnan ottaminen mukaan laatutyöhön tai stra-

tegian luontiin voi olla vähintään yhtä tärkeää kuin itse prosessin lopputuloksena syntyvä laatukäsikirja tai strategiadokumentti.

Tämän luvun alussa esitetty dikotomia-ajattelu koskee myös johtamisen teoria-käytäntöajattelua. Teoriat eivät synny tyhjästä, eikä vaikutussuhde johtamisteoreettisen keskustelun ja johtamisen välillä suinkaan ole yksisuuntainen. Johtamisen teorian ja käytännön, määritelmien ja koetun todellisuuden sekä tutkijoiden ja organisaatiossa vaikuttavien arjen johtamistoimijoiden välillä tarvitaan jatkuvaa vuoropuhelua. Se, mitä sosiaali- ja terveyshuollon johtaminen on tulevaisuudessa, rakentuu monien erilaisten osallistujien vuorovaikutuksen tuloksena.

Keskeistä:

- Johtamista pidetään yhä useammin organisaation eri toimijoiden yhteisenä työnä ja johtamisen määrittelyissä pyritään eroon vahvoista dikotomioista.
- Johtamisen moninaiset teoriat, näkökulmat ja mallit on hyvä ymmärtää erilaisiksi tulokulmiksi johtamiseen. Niiden perusolettamukset ovat usein erilaisia. Suurin osa niistä on luotu muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta niitä on mahdollista soveltaa myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon.
- Mikään johtamisteoria, -näkökulma tai -malli ei kuvaa johtamistyötä täydellisesti. Esimerkiksi johtajan tai työyhteisön perusominaisuudet, kokemus, osaaminen ja johtamisympäristön tuntemus vaikuttavat johtamiseen. Johtamisteorioita, näkökulmia, malleja tai johtamisen työvälineitä ei voi käyttää johtamistyön ainoana perustana, mutta niitä voi soveltaa johtamistyöhön tarpeen mukaan.

5
Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen

Sirkka Sinkkonen, Helena Taskinen ja Sari Rissanen

”Your integration is my fragmentation.”

Walter N. Leutz (1999)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi eli eheyttäminen, yhdentäminen ja yhteensovittaminen on jatkuvasti ajankohtainen ja johdettava ilmiö. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiot ovat taas korostuneet maassamme viime vuosina. Tässä luvussa tarkastellaan integroinnin käsitettä ja sen eri toteuttamisen tapoja sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Integroinnin käsite ja tarve

Hyvinvointipalvelujen integrointi on kansainvälinen suuntaus, joka leviää maasta toiseen muoti-ilmiöiden tavoin (mm. Cereste ym. 2003, Field & Peck 2003). Eri maissa hoidon ja palvelujen integrointikeinoja kuvataan erilaisilla käsitteillä: integrated, shared, seamless ja managed care (Kodner 2009). Tämä on luonnollista ja myös aiheellista, sillä hoito- ja palvelukäytännöt sekä niiden organisointi- ja integrointitavat ovat erilaisia.

EU:n maaraportit osoittavat, että suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on jo ollut hyvin integroitu ja myös paikalliselle tasolle hajautettu. Esimerkiksi Norjassa terveydenhuolto on valtion ja sosiaalipalvelut alueiden järjestämiä. Ruotsissa alueelliset toimijat, maakuntakäräjät, huolehtivat terveydenhuollosta mutta kunnat sosiaalipalveluista. Ranskassa taas sosiaali- ja terveyspalvelujen organisointi ja hallinnointi on hyvin hajanaista ja se on pirstaloitunut keskushallinnossa monille hallinnonaloille ja valvoville valtion organisaatioille.

Näin Suomessakaan integrointi ei ole uusi asia. Läheisiä hyvinvointialoja on pyritty integroimaan ainakin 1930-luvulta lähtien (Huoltaja 1939a ja 1939b, Taskinen 2005, 23). Viime vuosina integrointi on yleistynyt voimakkaasti. Esimerkkejä tästä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistämiset kunnissa. Lisäksi mahdollinen soteuudistus tavoittelee maakunnallista integrointia ainakin palvelujen järjestämisen osalta.

1900-luvun alkupuolelta lähtien organisaatioiden sekä hallinnon ja johtamisen tutkimuksessa on käytetty käsitteitä eheyttäminen, yhdentäminen (integration) ja yhteensovittaminen (coordination). Vastakkaisiin ilmiöihin viittaavat käsitteet eriytyminen (differentiation), erikoistuminen (specialization) ja työnjako (division of labour). Ne esiintyivät jo hallinto- ja organisaatiotutkimuksen klassikkojen analyyseissa (mm. Fayol 1916, Gulick & Urwick 1937). Näkyvästi integroinnin ja differentioinnin käsitteet ilmaantuivat 1960-luvulla ohjaamaan organisaatio- ja johtamistutkimusta Lawrencen ja Lorschin (1967) teoksen myötä. Suomessa integroinnin ja differentioinnin käsitteet tulivat sosiaali- ja terveydenhuollon organisatoristen kysymysten tutkimukseen 1970-luvun loppu-

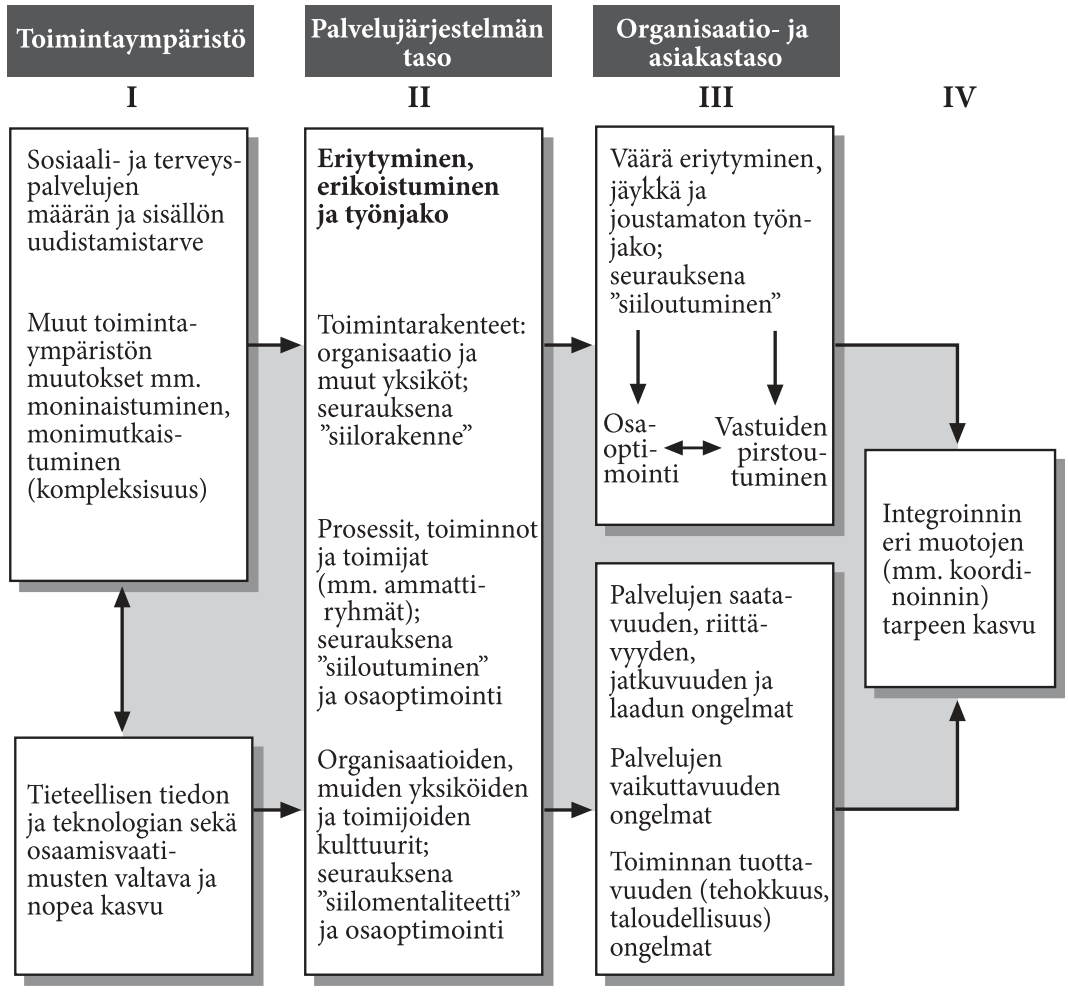
puolella silloisen Lääkintöhallituksen ja Sosiaalihallituksen teetättämässä ja rahoittamassa tutkimuksessa. Tutkimus kohdistui sosiaali- ja terveyslautakuntien sekä niiden hallinnon ja virasto-organisaatioiden yhdistämiseen ja yhteistoiminnan eri muotoihin (Kaitalo 1977, 1979, Kaitalo & Walls 1978). 1980-luvun puolivälissä integroinnin ja differentioinnin käsitteet alkoivat esiintyä terveydenhuollon hallinnon, johtamisen ja organisoinnin tieteellisessä keskustelussa ja analyyseissä (Nikkilä & Sinkkonen 1985). Samoihin aikoihin terveydenhuollon hallinnosta (nyk. terveyshallintotiede) kehittyi yliopistollinen oppiaine koulutusohjelmineen (Teittinen 1985, Sinkkonen & Kinnunen 1999).

Lawrence ja Lorsch (1967) ovat eritelleet systemaattisesti monimutkaisten eli kompleksisten organisaatioiden kahta keskeistä rakennepiirrettä – integroitumista ja differentioitumista – sekä näiden piirteiden ja organisaation toimintaympäristön välisiä suhteita. Organisaatioiden rakenteiden ja toimintaympäristön keskinäistä riippuvuutta korostavan ajattelun kanssa samaan aikaan kehittyi kontingenssiteoria, jota on kutsuttu myös tilannesovitteisuuden teoriaksi. Sen ydin on, ettei ole yhtä ainoaa kaikkiin tilanteisiin sopivaa hallinto-, organisaatio- tai johtamismallia vaan mallien toimivuus riippuu tilanteista (Woodward 1965, Pugh & Hickson 1976, Kallio 1995).

Lawrencen ja Lorschin (1967) empiiristen tutkimusten kohteina olivat yritysmaailman ja liike-elämän organisaatiot ja niiden kyky vastata kustannustehokkaasti ympäristönsä eli markkinoiden ja tekniikan muutoksiin. Rajauksesta huolimatta heidän esittämänsä näkemykset ja tutkimustulokset sekä niihin pohjautuvat päätelmät sopivat myös nykyisiin suomalaisiin sosiaali- ja terveysorganisaatioihin. Esimerkiksi Lawrencen ja Lorschin mukaan muuttuvan toimintaympäristön haasteisiin vastaamisessa sekä tehokkaan ja laadukkaan toiminnan takaamisessa on välttämätöntä, että organisaatiot, niiden alayksiköt ja henkilöstö eriytyvät tai erikoistuvat. Organisaation ja hallinnon tutkijat ovat hyväksyneet näkemyksen laajasti. Eriytyminen ja työnjako kuitenkin synnyttävät väistämättä organisaatioiden eheyttämisen eli integroinnin tarvetta (Nikkilä & Sinkkonen 1985). Kuvio 6 havainnollistaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä toimintojen, toimintayksikköjen ja niiden ympäristön muutosten keskinäisiä

riippuvuuksia, integroinnin tarvetta synnyttäviä tekijöitä ja samalla integroinnin tarpeen viimeaikaista kasvua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä on useita integroinnin tarvetta luovia piirteitä. Niistä keskeisiä ovat väestön ikä-, sairaus-, koulutus- ja ammattirakenteiden sekä väestön palvelutarpeiden muutokset sekä palveluodotusten ja vaatimusten kasvu. Lisäksi niitä ovat elinkeinorakenteen ja monien muiden ihmisten hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden muutokset. Edellä kuvatut tekijät aiheuttavat erilaisten palvelujen, avun, tuen, huolenpidon, hoivan ja hoidon tarvetta (ks. myös lukua 1). Ne kuitenkin lisäävät myös ”objektiivisesti” todetuista tarpeista riippumatonta palvelujen kysyntää. Sitä aiheuttavat ainakin osittain ihmisten kasvavat palveluodotukset ja -vaatimukset (ks. myös lukua 3). Kokonaisuutena nämä tekijät yhdessä lisäävät sosiaali- ja terveysaloilla paineita kehittää palvelujen sisältöä, palvelutarjontaa ja -rakenteita sekä palveluja tuottavia organisaatioita, ohjausta ja johtamista. Tämä aiheuttaa paineita lisätä organisaatioiden ja muiden yksikköjen erilaisen yhteistoiminnan muotoja, esimerkiksi verkottumista ja niiden johtamista (ks. lukua 6). Samalla se edellyttää, että kehitetään ja voimistetaan myös ammattilaisten henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen perustuvan yhteistyön tyyppejä, kuten tiimi- ja muuta ryhmätyöskentelyä.



Kuvio 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointiin vaikuttavia ja sisältyviä ilmiöitä sekä niiden välisiä suhteita kuvaavat keskeiset käsitteet (sovellettu teoksista Lawrence & Lorsch 1967, Nikkilä & Sinkkonen 1985, Sinkkonen 1993, Axelsson & Axelsson 2006).

Toinen tässä yhteydessä tärkeä sosiaali- ja terveysorganisaatioiden monimutkaistuvan toimintaympäristön kehityssuunta on tieteellisen tiedon ja tekniikan vallankumouksellinen kasvu. Tätä kirjoitettaessa informaatio- ja tietotekniikan (ICT) ja sen sovellutusten nopea kehitys lisää sosiaali- ja terveyspalveluissa integroinnin tarvetta. Samalla se kuitenkin tarjoaa mahdollisuuksia rakentaa uusia integroinnin muotoja ja välineitä. Tieteellisen tiedon ja tekniikan kasvu sekä sovellutusten valtava laajeneminen aiheuttavat suuria haasteita sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisille ja johtajille sekä palvelujen organisoinnin ja johtamisen kannalta. ICT on paitsi luonut uusia integrointimahdollisuuksia myös aiheuttanut tieto-

järjestelmien vakavaa pirstaloitumista, koska se on eriyttänyt haitallisesti tietojen keruuta, käsittelyä sekä varastointia ja aiheuttanut päällekkäistä työtä ja investointeja (ks. lisää luvusta 11). Lisäksi soveltamiskelpoisen tiedon ja tekniikan nopea ja jatkuva laajeneminen lisää ammattiryhmien erikoistumisen tarvetta, sillä yksi ihminen ei voi hallita syvällisesti moninaisia uuden tiedon ja tekniikan edellyttämiä ja jatkuvasti kasvavia vaatimuksia. Yhä tärkeämpi kysymys myös sosiaali- ja terveydenhuollossa on laaja-alaisemman perusosaamisen ja kapeamman erikoisosaamisen valtasuhde esimerkiksi koulutuskysymyksenä. Minkä verran ja missä eritasoista osaamista tarvitaan palvelujärjestelmässä? Kokonaisuutena on tutkittu eri ammattiryhmien välisiä työnjakoja ja osaamisen tasoja (esim. hoitaja–lääkäri-työpari tai sosionomi–sosiaalityöntekijä-työpari) (esim. Horsma & Jauhiainen 2004, Peltonen 2009).

Palvelujärjestelmän integroinnin tarvetta aiheuttavat muun muassa organisaatiorakenteiden eriytyminen ja erilaistuminen. Suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä integroinnin tarvetta kasvattavat esimerkiksi uudentyyppisten organisaatioiden, palveluntuottajien ja ammattiryhmien synty sekä sisäinen eriytyminen ja määrän kasvu. Aikaisemmin hallitsevassa asemassa olleen julkisen kuntasektorin rinnalle on tullut entistä enemmän markkinaperusteisesti toimivia yksityisiä palveluntuottajia. Nykytilanteessa yksityisten palveluyksikköjen ja niiden henkilöstön ja toiminnan kasvu näyttää jatkuvan. Myös julkisen sektorin organisaatioissa tapahtuu jatkuvasti eriytymistä, kuten kokonaan uusien yksikköjen perustamisia tai yksikköjen pilkkomista osiin. Edellä kuvattuun eriytymiseen liittyy organisaatioiden ja ammattiryhmien kulttuurien eli syvärakenteiden erilaistuminen.

Sosiaali- ja terveysaloilla eriytyneet organisaatio- ja ammattilaiskulttuurit muodostavat usein näkymättömiä integroinnin esteitä. Syvärakenteissa piileviä kulttuureja onkin kuvattu ”nukkuvan karhun” metaforalla (Kinnunen 1990). Kuten muitakin organisaatioita myös kuntien sosiaali- ja terveysorganisaatioita tai niiden alayksikköjä yhdistettäessä organisaatiokulttuurit ovat aktivoituneet: ”nukkuva karhu” on herännyt. Tämä on ilmennyt ajoittain voimakkaana muutosvastarintana. Kulttuuriset erilaisuudet tarkoittavat tässä yhteydessä organisaatiossa toimivien ihmis-

ten (työntekijät ja koko johto mukaan luettuina) näkemyseroja suhteessa tiettyihin tavoitteisiin, aikaan, palvelujen tarpeeseen, työkäytäntöihin ja ihmisten välisiin suhteisiin. Tämä aiheuttaa yhdistettävien yksikköjen tai yhteistyötä tekevien ammattilaisten kulttuurien törmäyksiä ja yhteensovittamisen tarvetta. Näitä kysymyksiä tarkastellaan yksityiskohtaisemmin luvuissa 7 ja 8.

Sosiaali- ja terveysaloilla organisaatioiden ja muiden yksikköjen eriytyminen sekä erikoistuminen ja työnjako ovat tiettyyn rajaan asti hyviä ja toivottavia asioita. Jossakin muodossa ne ovat jopa välttämättömiä ihmisten riittävän osaamisen ja syvällisen asiantuntemuksen sekä palvelujen laadun ja organisaation toiminnan tehokkuuden takaamiseksi. Organisaatio- ja hallinnontutkimuksessa on laajasti hyväksytty näkemys eriytymisen tärkeydestä, koska se mahdollistaa laadukkaan, kustannustehokkaan ja kustannusvaikuttavan toiminnan (Sjöstrand 1981, Harisalo 2008).

Hallitsemattomalla tai väärin toteutetulla eriytymisellä on kuitenkin kielteisiä seurauksia. Väärää tai virheellistä eriytymistä on esimerkiksi yksikköjen ja ammattilaisten liiallinen työnjako, joka luo vaikeasti ylitettäviä rajoja ja estää tarvittavan ja hedelmällisen yhteistyön. Toinen esimerkki vääränlaisesta ja hallitsemattomasta eriytymisestä ovat yksikköjen palvelutuotannon aukot ja päällekkäisyydet sekä niiden seurauksena syntyneet palvelutarjonnan aukot. Eriytymisen kielteisiä ilmentymiä ja seurauksia kuvaamaan on viime vuosina syntynyt uusia käsitteitä: siiloutuminen, siilomentaliteetti, siiloajattelu ja osaoptimointi. Osittain näillä käsitteillä korvataan vanhoja käsitteitä, kuten sektoroituminen (mm. valtiovarainministeriön tilaama selvitys 2008) ja reviiriajattelu. Käytettävistä käsitteistä (esim. sektori, reviiri, siilo) huolimatta on tärkeää tehdä toimialojen ja ammattiryhmien rajat ylittävää yhteistyötä sekä madaltaa näitä rajoja.

Siiloutuminen ja osaoptimointi

Kärjistetyimmillään siilometafora eli siiloutuminen tarkoittaa liian pitkälle viedyn ja lukkiutuneen eriytymisen tai työnjaon kielteisiä seurauksia. Suomen kielessä siilo (englanniksi silo) tarkoitti alkujaan lähinnä viljasäilöä, mutta sittemmin se on yleistynyt muidenkin materiaalisäilöjen nimitykseksi. Siilo on pyöreä, korkea ja kestävästä materiaalista rakennettu, ja sen seinät muodostavat läpäisemättömät rajat, jotka eristävät tehokkaasti siilon sisällön ulkomaailmasta. Ilmaus ”siiloutuminen” kuvaakin osuvasti tilannetta, jossa toimintayksikkö tai ammattiryhmä toimii tiukasti ympäristöstään eristäytyneenä. Esimerkiksi Pekka Seppänen (20.11.2009) luonnehtii tällaista tilannetta toteamalla: ”Organisaatiossa ahertavat ihmiset umpioituvat toimimaan vain oman ryhmänsä parissa.”
Tietojärjestelmistä esimerkin tarjoaa Ari Hovin (2009) kuvaus. Sen mukaan siiloutuminen tarkoittaa tietojen eriytymistä irrallisiksi saarekkeiksi siten, että samoja tietoja, kuten asiakkaita sekä organisaation rakenteita ja henkilöstöä kuvaavia tietoja, on tallennettuna monissa eri järjestelmissä. Hovi olettaa, että tämä johtuu osittain organisoinnista eikä tekniikasta sinänsä. Oletus viittaa puutteelliseen johtamis- ja organisointiosaamiseen.
Markku Lehto (2010) toteaa, että osaoptimoinnille on ominaista se, että vaikka kaikki tekisivät työnsä hyvin, kokonaistulos ei ole hyvä. Kaikki myöntävät tuloksen puutteet ja vinoutumat mutta pitävät toisia tehottomina, itsekkäinä tai ymmärtämättöminä. Osaoptimoinnin ongelmiin liittyvät myös ammattiryhmien reviiritaistelut ja kamppailut asemasta sekä asiantuntija- ja määräysvallasta (esim. Nikkilä & Sinkkonen 1985, Nikkilä 1986a ja 1986b). Samoista ilmiöistä käytetään englanninkielisessä kirjallisuudessa ilmausta ”turf wars over professional domain” (mm. Reed ym. 2005, ks. myös Tepponen 2009, 195).

Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointipyrkimyksiä on perusteltu jo pitkään paitsi yhteistyön toimimattomuudella myös palvelujen päällekkäisyyksillä ja aukoilla sekä näiden tekijöiden toiminnan tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä palvelujen laatua heikentävillä vaikutuksilla. Niillä on oikeutettu esimerkiksi sosiaali- ja terveysorganisaatioiden ja lautakuntien yhdistämisiä 1970-luvulta lähtien. Lisäksi niillä on 1970–1990-luvuilla perusteltu sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa esitettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön velvoitteita sekä kehittämistavoitteita ja -suosituksia (Sinkkonen 1989, 1993, Taskinen 2005).

Integrointi ja koordinointi: erilaisia luokitteluja

Käsitteitä integrointi ja koordinointi käytetään usein toistensa synonyymeina. Toisaalta niitä käytetään myös eri merkityksissä ja niin, että koordinointi ymmärretään yhdeksi integrointikeinoksi. Joskus puhutaan integroivasta koordinoinnista (Bolland & Wilson 1994). Tämä osoittaa ensinnäkin sen, että koordinointi kuuluu integroinnin keinovalikoimaan, ja toiseksi sen, että integroinnilla on koordinointia laajempi merkitys. Nykyisin integroinnilla viitataankin usein laajempaan ilmiökenttään kuin koordinoinnilla, jolla tarkoitetaan esimerkiksi yksikköjen ja ammattiryhmien toimintojen yhteensovittamista muttei yhdistämistä (Sinkkonen 1993, Kodner & Speeuwenberg 2002, Kodner 2009, Tepponen 2009).

Tässä luvussa sosiaali- ja terveyspalvelujen integroinnilla tarkoitetaan laajasti paitsi organisaatioiden ja toimintojen yhdistämistä myös muunlaista eheyttämistä ja yhteensovittamista, johon aikaisemmin on viitattu yleensä koordinoinnin ja yhteistyön käsitteillä. Toiminnan tuloksia taas kuvataan integrointiin aktiivista otetta eli hallintaa ilmaisevilla sanoilla ”koordinoitu” ja ”integroitu”. Tämä käytäntö mukailee kansainvälisessä käytännössä vakiintuneita ilmaisuja (vrt. esim. integrated care).

Henry Mintzbergin (1979, 1989, 101–103) koordinointimekanismit tarjoavat edellä kuvatulle integroinnin ja koordinoinnin käsitteistöä laajassa merkityksessä käyttävälle tarkastelulle osittain päällekkäisen, joskin paljon suppeamman jäsentämistavan. Se sisältää kuusi koordinoinnin tyyppiä:

1. toimijoiden keskinäinen sopeutuminen epävirallisessa tai yksinkertaisessa kommunikoinnissa tai vuorovaikutuksessa
2. hierarkkinen suora ohjaus, jossa koordinoinnista huolehtii esimerkiksi yksi hierarkiassa ylempänä oleva ihminen, joka antaa ohjeita tai määräyksiä
3. työprosessien standardointi, jossa ihmiset noudattavat määriteltyjä prosesseja, kun he suorittavat toisiinsa liittyviä tehtäviä, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisessä vanhusten hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyjä ja sovittuja tehtäviä

4. tulosten tai suoritteiden standardointi, jossa ammattilaiset pyrkivät saavuttamaan ennalta määritellyt laatutavoitteet, esimerkiksi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyt ja sovitut tavoitteet
5. tietojen ja taitojen standardointi, joka merkitsee, että ammattilaisilla on sellaista osaamista, että he pystyvät toimimaan tehokkaasti ja kitkatta esimerkiksi sairaalan leikkaustiimissä tai moniongelmaisen, monisairaan ja siten monitarpeisen vanhuksen palvelujen tarvetta arvioivassa SAS-ryhmässä tai geriatrisessa arviointiryhmässä
6. normien, sääntöjen ja ohjeiden standardointi, joka tarkoittaa, että kaikkien organisaatiossa toimivien omaksumat normit tai säännöt ohjaavat työskentelyä niin, että jokainen toimii samojen uskomusten mukaan. Tämä koordinointimekanismi viittaa organisaatiokulttuurin keskeiseen osaan, yhteisöllisiin eli kollektiivisiin uskomuksiin (Kinnunen 1990, ks. myös tässä teoksessa lukua 8), jotka ohjaavat voimakkaasti ihmisten toimintaa ja pitävät työyhteisöjä koossa.

Mintzbergin (1989, 101) mukaan koordinointimekanismit ovat organisaation rakenteen perusosia, organisaatioita koossa pitävä liima. Niiden käyttö noudattaa järjestystä: organisaation tehtävien monimutkaistuessa siirrytään keskinäisestä sopeutumisesta suoraan ohjaukseen, sitten joko työprosessien tai normien standardointiin ja sen jälkeen suoritteiden, tuotoksen tai tulosten standardointiin. Kun työ muuttuu hyvin monimutkaiseksi, palataan paradoksaalisesti yksinkertaisimpaan muotoon eli toimijoiden keskinäiseen sopeutumiseen, jolla pystytään parhaiten sovittamaan yhteen hyvin monimutkainen työ tai tehtävät.

Mintzbergin luokitusta on sovellettu suomalaisissakin sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointitapojen tutkimuksissa. Sillä on jäsennetty esimerkiksi 1990-luvun alussa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon vanhustyössä yhteistyön eli integroinnin tyyppejä (Mustonen ym. 1993). Myös sitä on soveltanut Kaarina Tanttu (2007), joka tarkasteli terveydenhuollossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluketjujen hallinnan kehittämismahdollisuuksia.

Integroinnin lukuisat toteutustavat on ryhmitelty alan kirjallisuudessa eri tavoin yhdistämällä ne joko kahteen, kolmeen, neljään ja useampaan luokkaan esimerkiksi seuraavasti:

1. vertikaalinen ja horisontaalinen integrointi eli vaaka- ja pystysuuntainen integrointi (Lawrence & Lorsch 1967, 239, Axelsson & Axelsson 2006)
2. rakenteet ja tehtävät (Galbraith 1977, Axelsson & Axelsson 2006)
3. rakenne, prosessi- ja strategiset perspektiivit tai näkökulmat (Pieper 2006, 29–30)
4. rakenteet, prosessit, työvälineet ja muut integroivat menettelytavat (Sinkkonen & Jaatinen 2003, Tepponen 2009).

Tässä luvussa sovelletaan ja yhdistetään kahta jälkimmäistä luokittelua: integroinnin rakenteellisia toteutustapoja, integroivia prosesseja, integroivia työvälineitä ja muita osin strategisia integrointitapoja. Integroinnin keinojen erottelu rakenteisiin ja prosesseihin ei ole yksiselitteistä eikä ongelmatonta. Esimerkiksi eri tutkijat ovat sijoittaneet saman integroinnin toteutustavan, kuten moniammatilliset tiimit, verkostot tai palveluohjauksen, joko rakenteisiin tai prosesseihin (Pieper 2006, Tepponen 2009). Yleensäkin rakenteiden ja prosessien erottaminen on vaikeaa. Lisäksi jotkin integrointikeinot voidaan sijoittaa joko rakenne- tai prosessilähestymistapoihin sen mukaan, onko esimerkiksi kyse satunnaisista kohtaamisista vai pysyväisluonteisesta yhteistyöstä, josta on tullut vakiintunut eli institutionalisoitunut toimintatapa. Silloin kun yhteistyöhön velvoittavat integroivat tehtävät, velvollisuudet ja vastuut on määritetty pysyvästi johonkin rooliin, siitä tulee organisaatiorakenteen osa. Esimerkkejä tällaisista tilanteen mukaan joko rakenteiksi tai prosesseiksi tulkittavista integrointikeinoista ovat ajoittainen tai satunnainen palveluohjaus. Palveluohjaus voidaan tulkita integroivaksi rakenteeksi silloin, kun siitä on tullut organisaatiorakenteen osa eli palveluohjaajan rooli toimenkuvineen on määritelty pysyväisluonteiseksi ja rooli säilyy organisaatiossa, vaikka sen haltija vaihtuu. Sama pätee pysyväisluonteisiin muihin integroiviin rooleihin, joille on määritelty pysyvät toimenkuvat. Näistä esimerkkejä ovat

koko- tai osa-aikaiset omahoitajat, muistihoitajat ja kotiuttajat (esim. Palko-hanke, Hammar 2008).

Integroinnin rakenteelliset toteutustavat

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integroinnin rakenneratkaisuja ovat Suomessa olleet viime vuosina maantieteellisten alueiden, sektorien eli toimialueiden tai hallintokuntien ja organisaatioiden yhdistämiset, jolloin niiden muodolliset raja-aidat on poistettu. On kuitenkin eri asia, poistuvatko nämä raja-aidat myös käytännön toiminnasta, koska se yleensä vaatii paljon aikaa. Syvällisin ja perusteellisin integrointitapa on organisaatioiden yhdistäminen saman katon alle, ”under one roof”. Esimerkiksi Walter Leuzt (1999) kuvaa sitä integroinnin voimakkaimmaksi eli intensiivisimmäksi muodoksi. Hän käyttää siitä myös nimitystä täydellinen integrointi (fully integrated; ks. myös Pieper 2006, 30). Suomessa sosiaali- ja terveysorganisaatioita on yhdistelty paljon 1990-luvulta alkaen (Taskinen 2005, Tepponen 2009). Viime vuosina suuntaus on voimistunut, kuten Paras-hankkeen seurantatutkimukset osoittavat (Heinämäki 2010, Hänninen ym. 2010).

Rakenteiden integroinnin eheyttämis- ja yhdistämisaalloista on palattu välillä toimintojen ja organisaatioiden eriyttämiseen purkamalla yhdistettyjä toimielimiä (Tepponen 2009). Paras-hankkeen myötä kunnissa on kehitetty uusia asiakaslähtöisiä ja tavanmukaiset organisaatiorajat ylittäviä palvelumuotoja. Samalla on kuitenkin muodostettu myös rakenteita, joissa sosiaalihuolto ja terveydenhuolto hajautuvat eri rakenteisiin ja vaikeuttavat yhteistyötä. (Hänninen ym. 2010.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva uudistus tulee osaltaan taas muuttamaan tilannetta.

Monissa maissa esimerkkejä rakenteellisesta integroinnista ovat eri asiakas- ja potilasryhmille suunnatut neuvontapisteet, josta saa koordinoidusti tietoja, neuvoja ja muita palveluja. Myös Suomen terveydenhuoltolaissa (710/2010) on nostettu esille ikäihmisten neuvontapalvelut. Palveluohjauksesta on tehty suomalaisia tutkimuksia jo vuosia sitten (esim. Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Häkkinen 2000). Palveluohjauskäytäntöjen esikuvat ovat kuitenkin peräisin jo 1800-luvun Yhdysvalloista, jossa

kehitettiin kielitaidottomien siirtolaisten sosiaalityöhön tapauskohtainen palveluohjaus, case management (Richmond 1917). Uudempia käytäntöjä ovat Ison-Britannian ”liason nurse” -ratkaisut, joita käytettiin jo ainakin 1960-luvulla (Sinkkonen 1969), sekä case- ja care management -käytännöt (Øvretveit 1993). Care management -käytännöt vastaavat joihinkin suomalaisiin kuntiin viime vuosina perustettuja yleisiä palveluneuvoja- tai palveluohjaajajärjestelmiä. Ne eivät kuitenkaan keskity omahoitajamallin mukaisesti yhden ihmisen palvelujen integrointiin toisin kuin Ison-Britannian tai Yhdysvaltojen tapauskohtaiset koordinoijat eli case managerit.

Rakenteellisiin integrointikeinoihin voitaisiin sijoittaa myös pysyväisluoteiset verkostot, toimi- ja neuvottelukunnat sekä moniammatilliset tiimit ja muut pysyvät moniammatilliset yhteistyöryhmät. Marko Elovainion (1994) mukaan organisaatioissa perustetaan yhteistyötyöryhmiä yleensä siksi, että

1. työtoiminta ja päätöksenteko vaativat useamman ihmisen työpanoksen
2. tiedon ja ratkaistavien ongelmien monimutkaistuminen sekä asiantuntemuksen jakautuminen vaativat työn organisointia ryhmiksi, jotta kaikki tieto saataisiin käyttöön
3. ryhmä tarjoaa jäsenilleen yleensä sosiaalista tukea ja hyväksyntää.

Tiimin määrittely

Käsitteitä tiimi ja työryhmä on usein pidetty toistensa synonyymeinä. Esimerkiksi Kari Lindström ja Jaana Kiviranta (1995) katsovat, että työryhmät ja tiimit tarkoittavat samaa asiaa. Molemmat viittaavat yksilöiden muodostamiin sellaisiin yhteenliittymiin, jotka työskentelevät yhdessä jonkin yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Tiimin ja työryhmän ominaisuuksia ovat monen ihmisen läsnäolo, yhteistyö ja yhteinen päämäärä (Eloranta 1977).
Työryhmiä ja tiimejä käsittelevässä kirjallisuudessa kuitenkin esitetään näkemyksistä, joiden mukaan kaikki työryhmät eivät välttämättä ole vielä tiimejä. Työryhmästä tulee tiimi vasta silloin, kun ryhmätyöskentely on järjestelmällistä ja osanottajien välillä vallitsee keskinäisen luottamuksen ja yhteenkuuluvaisuuden tunne. Tiimi on korosteisesti tavoitekeskeinen ja tietoisesti perustettu ryhmä (mm. Elovainio 1994). Jon R. Katzenbach ja Douglas K. Smith (1993) kuvaavat, että tiimin ja työryhmän ero on niiden suorituksissa. Työryhmä tukeutuu ryhmän suoritusten saavuttamisessa lähinnä jäsenten yksilölliseen työhön. Ne toimivat hierarkkisissa organisaatioissa, joissa yksilölliset suoritustavoitteet ja yksilövastuu korostuvat. Toisin sanottuna työryhmän jäsenet eivät ota vastuuta muista kuin omista tuloksistaan. Tiimin tavoitteena taas on saada aikaan jotain enemmän kuin vain sen eri jäsenten aikaansaannosten summa. Kirjoittajien mukaan tiimeissä tarvitaan sekä yksilö- että yhteisvastuuta.
Käytännössä sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat organisoivat monentasoisia työryhmiä ja osallistuvat myös jäsenenä erilaisiin työryhmiin (esim. johtoryhmä). Usein johtamisen kannalta tärkeä kysymys on jo jäsenten valinta ryhmiin, koska valinnoilla on mahdollista edistää tai estää tavoitteisiin pääsemistä. Myös erilaisten työryhmien tai pysyvämpien tiimien ja niiden johtajien suhde organisaation muuhun johtamisjärjestelmään vaatii usein yhteistä keskustelua ja koordinointia.

Integroivat prosessit

Integroinniksi kutsuttavia menettelytapoja nimitettiin aikaisemmin yleensä yhteistyöksi. Nimitystä yhteistyö käytetään myös edelleen, joskin sillä kuvataan enää lähinnä integroinnin prosessuaalisia keinoja. Muun muassa Runo Axelsson ja Susanna Bihari Axelsson (2006) määrittelevät yhteistyön integroinnin yhdeksi muodoksi, jossa on paljon horisontaalista mutta vähän vertikaalista integrointia. Integroinnin tavoin myös yhteistyötä kuvaava käsitteistö on hajanainen, laaja ja monimerkityksinen. Esimerkiksi Stephen Davidson (1976) erotti ihmisten henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen perustuvan toiminnan (cooperation) ja organisaatioiden tai

muiden yksikköjen yhteydenpidon (collaboration). Jotkut tutkijat ja aihepiiristä kirjoittavat kuitenkin käyttävät yksinomaan käsitettä yhteistyö ja jotkut yksinomaan käsitettä yhteistoiminta kuvaamaan kaikkia yhteistyön tai yhteistoiminnan muotoja välittämättä siitä, ketkä ovat toimijoita ja millaista toiminta on sisällöltään tai muodoltaan (ks. lisää Walls 1979, Pohjola 1991, Vornanen 1994).

Integroinnin prosessikeinoihin kuuluvat myös sellaiset moniammatillisen yhteistyön muodot, jotka eivät ole pysyviä muodollisen tai virallisen organisaatiorakenteen osia vaan käsittävät sosiaali- ja terveysammattilaisten ajoittaisia kohtaamisia, neuvotteluja, kommunikointia, puhelinkontakteja ja konsultaatioita sekä vastaavanlaista henkilökohtaisiin kontakteihin perustuvaa yhteistyötä.

Toiminnan luonteen ja toimijoiden mukaan on erotettu seuraavat yhteistyömuodot:

1. Moniammatillinen (multiprofessional) yhteistyö on kahden tai useamman ammattiryhmän yhteistä toimintaa, jossa ovat voimassa tavanmukaiset ammattiryhmien hierarkiat, valta-asemat ja työjako.
2. Ammattiryhmien välinen (interprofessional) yhteistyö on myös kahden tai useamman ammattiryhmän toimintaa, mutta siinä jaetaan tietoa, valtaa ja asiantuntemusta.
3. Monitieteinen (multidisciplinary) yhteistyö tarkoittaa eri ammattiryhmien jäsenistä koostuvan ryhmän yhdessä tai useammassa organisaatiossa tai muussa työyhteisössä tekemää yhteistyötä. Tällaisessa yhteistyössä korostuu eri tieteenalojen painotus: osallistujat toimivat tieteenalansa asiantuntijoina ja kaikilla on oma roolinsa. Yhteistyöryhmä on tavallaan kaikkien jäsentensä summa.
4. Tieteidenvälisessä (interdisciplinary) yhteistyössä korostuvat vuorovaikutus, yhteiset tavoitteet ja vastuu niiden saavuttamisesta. Ryhmä pyrkii ylittämään työskentelyssään tieteiden väliset raja-aidat yhteisvaikutuksen syntymiseksi (Karjalainen 1996, Paukkunen 2003).

Taulukossa 7 on tiivistelmä tutkimuksissa todetuista yhteistyön esteistä ja edistäjistä. Osa niistä on integroinnin muidenkin toteutustapojen edistäjiä ja esteitä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteis-

työn mahdollistajia ovat keskinäinen tuttuus, yhteinen kieli, toisen työn arvostus ja riittävä aika yhteistyölle. Yhteistyön keskeisiä esteitä taas ovat toimintayksikköjen organisaatio- ja ammattikulttuurit, ammattiryhmien ja toimialojen erilainen kehityshistoria, erilaiset näkemykset, ajattelu- ja työkäytännöt sekä tietojen puute toisten työstä ja toimintatavoista.

Taulukko 7. Yhteistyön esteitä ja edistäjiä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tarkastelun ulottuvuus	**Esteet**	**Edistäjät**
Yksilötaso, kulttuuri	Toimialojen historialliset erot Erilainen koulutus Erilaiset ammatilliset kulttuurit: – vakiintuneet toimintakäytännöt – ammatilliset lähestymistavat – palveluideologia – näkökulma asioihin – kieli Aseman ja auktoriteetin erot eli valtaerot Sosiaalisen aseman erot Keskinäisen luottamuksen puute Ammatti-identiteetti Asenteet Roolien epäselvyys Tietojen puute toisen työstä ja yhteistyökäytännöistä	Ammatillinen koulutus: – oman pätevyyden lisääminen – tietoja toisen työalueesta – yhteistyöosaamisen kehittyminen Tasavertainen asema Toisten arvostus Keskinäinen luottamus Tuttuus Yhteinen kieli Sosiaalinen läheisyys eli sosiaalisen aseman pienet erot Myönteiset asenteet Rutiineista poikkeava lähestymistapa
Johtaminen, organisointi ja toiminnan luonne	Hallinnon rakenteet ja johdon tuen puuttuminen Toimitilojen fyysinen etäisyys Epäselvä – koordinointi – yhteinen tehtävä – vastuu ja työnjako Erilainen toimintapolitiikka Lainsäädännön tulkinta estävänä Erilaiset johtamiskäytännöt Tietojärjestelmien erilaisuus Kokousten ja tapaamisten järjestelyn puutteet Liian suuret työryhmät Ajan puute Yhteistyökumppanien vaihtuvuus	Johdon tuki Fyysinen läheisyys Lainsäädännön tulkinta mahdollisuutena Yhteisen toimintapolitiikan määrittely Osapuolten vastuun määrittely Toiminnan säännöllinen arviointi Ajan varaaminen yhteistyöhön

Integroivat työvälineet

Sosiaali- ja terveydenhuollon integrointia on mahdollista tukea myös erilaisilla työvälineillä. Samanaikaisesti työvälineet toimivat johtamisen välineinä. Integroivia työvälineitä ovat

1. sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset hoito- ja palvelusuunnitelmat. Henry Mintzbergin (1979) käsitteitä soveltaen kyseessä on lähinnä työprosessien standardointi koordinoinnin eli integroinnin keinona.
2. hoito-ohjeet, Käypä hoito- ja muut hoitosuositukset, hoitolinjat, hoito-ohjelmat ja hyvät käytännöt. Esimerkiksi terveydenhuollon hoitoketjumallit, jotka myös ovat integroivia työvälineitä, perustuvat ohjeisiin ja suosituksiin hyvistä hoitokäytännöistä.
3. laadunhallinnan käytännöt (esim. Vaarama 2006a) ja välineet, kuten laatujärjestelmät ja laatukäsikirjat. Sellaiset laadun arvioinnin menettelytavat, joissa arvioidaan esimerkiksi palvelujen laadulle asetettujen tavoitteiden, kriteerien tai standardien toteutumista vastaavat edellä kuvatuista Minztbergin koordinointimekanismeista rakenteiden, työprosessien tai tulosten ja suoritteiden standardointia.
4. tietotekninen infrastruktuuri ja yhteiset tietojärjestelmät (esim. Pieper 2006).

Myös hoito- ja palveluketjuja integroivina työvälineinä kuvaava käsitteistö on epäyhtenäinen siten, että erilaiset käsitteet kuvaavat joko samoja tai osittain samoja integroinnin keinoja. Tällaisia käsitteitä ovat esimerkiksi saumaton hoito, hoitopolut, hoitoketjut, palveluketjut ja saumattomat hoito- ja palveluketjut. Hoidon ja palvelujen jatkuvuus koskee erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintoja, kuten avo- ja laitoshoidon jatkuvuutta sekä perus- ja erikoissairaanhoidon jatkuvuutta. Hoidon ja palvelujen jatkuvuudessa olennaisia asioita ovat hyvä tiedonkulku ja toimijoiden tunnistaminen. Esimerkiksi yksityiset yrittäjät ovat kritisoineet julkisen sairaalan ja yksityisen yrityksen tiedonsiirron puutteita (Kaarakainen & Taskinen 2004).

Hoidon ja palvelujen jatkuvuutta tai saumattomuutta sekä yleensä hoito- ja palveluketjuja koskevalla keskustelulla on yhtymäkohtia myös yh-

teistyökeskusteluun. Hoidon jatkuvuutta on myös tutkittu erityisesti terveyspalvelujen laadun ominaisuutena 1980-luvulta lähtien. Hoito- ja palveluketjujen jatkuvuus sisältyy usein avohuollon terveyspalvelujen ja erityisesti vanhusten kotihoidon laadun mittareihin (esim. Rissanen ym. 1999, Paljärvi ym. 2003, 2007, Tepponen 2009).

Useat edellä esitellyt integrointitavat, kuten hoito- ja palveluketjumallit, ovat ideaalitilanteen kuvauksia eli normatiivisia toimintamalleja. Kaarina Tantun (2007) tutkimus tarjoaa yhden esimerkin siitä, miten niitä sosiaali- ja terveydenhuollon käytännöissä sovelletaan ja millaisin seurauksin. Tantun tulosten mukaan potilaan hoidosta vastasi kunkin yksikön tai osaston lääkäri mutta potilaan hoito- tai palveluketjulle ei ollut nimetty vastuuhenkilöä tai johtajaa. Tehtäväjaon mukainen organisointi eli pirstoutunut funktionaalisuus näkyi myös yksikköjen operatiivisissa mittareissa. Ne ohjasivat yksikköjä optimoimaan vain oman toimintansa niin, ettei kokonaisnäkemys ilmennyt potilaan hoitoprosessin tai palveluketjun hallintana. Potilaan palvelukokonaisuutta ei siis hahmotettu eikä otettu huomioon, vaan kukin vastasi vain tuottamastaan palvelusta. Tämä on yksi osoitus osaoptimoinnista, mikä johtaa siihen, ettei kokonaistulos ole hyvä, vaikka kukin yksikkö toimisi erinomaisesti (vrt. Lehto 2010).

Hoito- ja palveluketjun käsitteistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteistö on laajentunut viime vuosina erityisesti informaatio- ja tietotekniikan (ks. lukua 11) kehittymisen myötä. Esimerkiksi Stakesin (2006) julkaisussa ”Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten” hoitoketju ja palveluketju on määritelty seuraavasti:
Hoitoketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus. Terveydenhuollossa käytetään nimitystä hoitoketju yleensä silloin, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. Tavoiteltavaa ideaalitilaa tulisi kuvata esimerkiksi nimityksellä hoitoketjumalli. Hoitoketjumallit pohjautuvat hoitosuosituksiin, hoito-ohjelmiin ja hoitolinjoihin, ja niitä voidaan käyttää asiakaskohtaisten yksilöllisten hoitoketjujen suunnittelussa.

Palveluketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutettava palveluprosessien kokonaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjut edellyttävät, että jollakin toimintayksiköllä on vastuu asiakkaalle annettavien palvelujen ohjauksesta ja seurannasta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikielessä on huomattava seuraavat palveluketjun nimeen liittyvät seikat: 1) Ketju voi luoda mielikuvan, että asiakas etenee lineaarisesti palveluprosessista ja organisaatiosta toiseen, vaikka käytännössä kyse on enemmän verkkomaisista prosesseista ja niiden muodostamista kokonaisuuksista. 2) Palveluketjun tulkitaan viittaavan usein toiminnan suunnittelun pohjaksi laadittuun ideaalimalliin. Tässä sanastossa käsite viittaa kuitenkin toteutuviin palveluketjuihin. Kun korostetaan ideaalimallia, tulisi selvyyden vuoksi käyttää nimitystä palveluketjumalli (vrt. Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2008).

Muut integrointitavat

Edellä kuvattujen integrointityyppiryhmien lisäksi on integroivia menettelytapoja tai keinoja, jotka eivät kuulu mihinkään edellä kuvatuista kolmesta tyyppiryhmästä. Niitä ovat muun muassa kunnan ja keskushallinnon ohjaavat toimenpiteet. Ne edustavat vertikaalista integrointia, koska niitä antavat hierarkkisessa ohjausketjussa ylhäältä alaspäin.

Vertikaalisen integroinnin muotoja Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä edustaa jo edellisissä luvuissa tarkemmin esitelty valtakunnallinen, alueellinen ja paikallistason poliittis-hallinnollinen ohjaus, josta osa on strategista integrointia. Vertikaalisen integroinnin muotoja ovat myös alueiden poliittisessa ja ylemmässä operatiivisessa johdossa eli kunnan keskushallinnossa laaditut sekä sosiaali- että terveyspalveluja koskevat palvelustrategiat. Esimerkkejä näistä ovat kuntakohtaiset lapsi-, nuoriso- ja vanhuspoliittiset ohjelmat, palvelurakenteen kehittämisohjelmat sekä valtuustotasolla laaditut sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset visiot ja toiminta-ajatukset. Lisäksi niitä ovat sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat valtakunnalliset kehittämisohjelmat, laatusuositukset ja ohjaustoimet. Ne osoittavat samalla, kuinka valtakunnallinen taso ohjaa esimerkiksi tiedolla ja kehittämisohjelmilla alueiden palveluyksikköjä lisäämään tai parantamaan integrointia.

Yhteiset rakennukset ja toimitilat eli fyysinen läheisyys edistää integroivaa yhteistyötä. Nykyään esimerkiksi sairaaloiden uudisrakentamista ja peruskorjauksia suunnitellaan yhä enemmän uudistuvien hoitoprosessien näkökulmasta (esim. ns. uusi sairaalakonsepti).

Myös koulutuksella voidaan kehittää sosiaali- ja terveysalojen integrointia. Koulutus on vastavoima vääränlaiselle ja hallitsemattomalle toiminnalle, kuten liian pitkälliselle tai käytäntöä vastaamattomalle ammattiryhmien erikoistumiselle. Monesti erikoistuminen kuitenkin on syvällisen asiantuntemuksen edellytys. Se ei kuitenkaan saa edistää siiloutumista tai osaoptimointia eikä johtaa joustamattomaan työnjakoon.

Yksi esimerkki sosiaali- ja terveysalojen koulutuksen integroinnista on 1990-luvun alussa toteutettu kodinhoitajan ja perushoitajan koulutusten yhdistäminen ja molempien alojen osaamista integroivan lähihoitajakoulutuksen perustaminen. Lähihoitajakoulutuksessa on mahdollista erikoistua koulutuksen loppuvaiheessa. Toinen esimerkki integroivasta koulutuksesta on joissakin yliopistoissa jo vuosia sitten aloitettu sosiaali- ja terveysjohtamisen pitkäkestoinen täydennyskoulutus. Integroitu johtamiskoulutus seuraa silloisia ministeriöiden suosituksia laajemminkin. Ministeriöiden suositukset ja tukitoimet ovat esimerkkejä vertikaalisesta integroinnista. Käytännössä koulutuksen integrointi on kuitenkin edelleen vähäistä, sillä perus- ja täydennyskoulutuksessa korostuu vieläkin ammattiryhmä- ja työyksikköajattelu, mikä osoittaa vertikaalisen integroinnin tehottomuutta.

Integroinnin toteutumisesta kertova tutkimusnäyttö

Paras-hankkeeseen liittyvän Arttu-tutkimushankkeen tutkijat toteavat: ”Toiminnan rakenteet muuttuvat, mutta rakenne ei vielä kerro toimintatapojen tai palvelun muutoksesta tai muutoksen suunnasta” (Hänninen ym. 2010, 51). Mutta mitä tutkimustieto kertoo integrointia kohtaan asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa? Sosiaali- ja terveysorganisaatioiden rakenteita integroiva tutkimusperinne on melko laaja. Tutkimus käynnistyi jo 1970-luvulla, jolloin maamme ensim-

mäiset sosiaali- ja terveystoimet yhdistettiin. Yleensä on tutkittu yksittäisiä kuntia, mutta viime aikoina on tutkittu myös laajemmin kunnan palvelurakenteita ja useamman kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorakenteita, kuten kuntayhtymiä ja yhteistoiminta-alueita. Esimerkiksi Kainuun hallintokokeilussa lähes kymmenen kunnan sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoito yhdistettiin saman hallinnon, maakunta-kuntayhtymän, alaisuuteen. Kokeilun vaikutuksia arvioivan tutkimuksen (Jäntti ym. 2010, ks. myös Airaksinen ym. 2008) mukaan yhdistäminen näyttää vahvistaneen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakykyä ja resurssiperustaa, minkä johdosta muun muassa osaaminen ja palvelujen laatu ovat parantuneet. Tutkijat korostavat erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen johdon ja henkilöstön asenteissa, toimintatavoissa ja ajattelumalleissa tapahtuneiden muutosten tärkeyttä: kustannustietoisuuden paranemista ja uudenlaista vastuun ottamista koko väestön hoitamisesta, jotka ovat luoneet pohjaa myös toiminnan tehostamiselle.

Päijät-Hämeen palvelurakenneuudistuksen arvioinnin (Stenvall ym. 2009) tulokset olivat osittain ristiriitaisia: uudistusta pidettiin keskeisenä ja välttämättömänä mutta toisaalta sitä kritisoitiin runsaasti. Erityisesti kritisoitiin sitä, ettei odotettuja tuottavuushyötyjä, synergiaa tai palveluihin liittyviä toiminnallisia hyötyjä ollut saavutettu. Tutkijat tiivistävät, että ”monille peruskuntien virkamiehille ja luottamushenkilöille uudet rakenteet ovat olleet pettymys”, mutta he myös korostavat, että uudistus on edelleen kesken, minkä vuoksi organisaatiot ovat vielä muutosvaiheessa ja siten hajanaisia. Myös uudistukseen kohdistuneet odotukset ovat tutkijoiden näkemyksen mukaan saattaneet olla epärealistisia.

Organisaatioiden yhdistämistä ja niiden vaikutuksia on tarkasteltu eniten henkilöstön näkökulmasta yhteistyön kysymyksinä. Tulokset ovat myös osittain ristiriitaisia: lyhyellä aikavälillä sosiaali- ja terveysorganisaatioiden yhdistäminen ei ole lisännyt moniammatillista yhteistyötä, mutta pitkällä aikavälillä yhteistyö on kasvanut. Merja Tepposen (2009) 43 suomalaisessa kunnassa tekemä kotihoidon tutkimus osoitti, että integroinnin muodot kasautuvat siten, että rakenteiden integrointi lisää integroinnin muiden muotojen käyttöä, kuten moniammatillisen tiimityön ja in-

tegroivien työvälineiden (esim. yhteiset asiakastietojärjestelmät, tavoitteet ja visiot) käyttöä.

Integrointia on usein perusteltu korostamalla sitä, että se parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua. Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistämisen keskeiset syyt ovat kuitenkin todellisuudessa olleet usein taloudellisia ja integroinnilla on tavoiteltu palvelujärjestelmän kustannustehokkuutta (esim. Sinkkonen 1993, Taskinen ym. 1995, Kodner & Speeuwenberg 2002, Cereste ym. 2003, Leichsenring & Alaszewski 2004, Taskinen 2005, Tepponen 2009). Tutkimustietoa asiakkaiden laatukokemuksista on toistaiseksi vähän: sitä on kerätty lähinnä vanhusten kotihoidosta (esim. Paljärvi ym. 2003, 2007, Vaarama 2006b, Vaarama ym. 2008, Tepponen 2009). Systemaattisesti koottua kansallista tutkimustietoa integroinnin taloudellisista vaikutuksista on tosin vieläkin vähemmän kuin sen vaikutuksista laatuun. Myös kansainvälisesti integroinnin taloudellisten vaikutusten tutkimus on melko niukkaa (esim. Nolte & Pitchforth 2014). Käytännössä selkeän tutkimusnäytön saamisen esteenä pitkittäistutkimuksissakin on muiden tekijöiden vaikutuksen arvioinnin vaikeus, mikä osuus laatumuutoksista on integroinnin vaikutusta ja mikä muuta. Sinänsä hoidon ja palvelujen integrointi on kansainvälisesti vahva tutkimusalue, minkä osoittaa myös kansainvälinen lehti International Journal of Integrated Care.

Integroinnin johtaminen

Kun tarkastellaan, millaisia haasteita on sosiaali- ja terveysjohtamisen integroinnilla, on otettava huomioon seuraavat kaksi näkökohtaa. Ensinnäkin integrointia kehittävät tai lisäävät prosessit, kuten organisaatioiden yhdistämiset, vaativat osittain erilaista johtamista ja johtamisosaamista kuin johtaminen jo integroiduissa sosiaali- ja terveysorganisaatioissa, jotka ovat yleensä isoja ja kompleksia. Yhdistämisprosesseissa on kyse laajan ja syvällisen organisaatiomuutoksen johtaminen.

Toiseksi nämä yhdistämällä integroidut laajat, monimutkaiset, isot ja hyvin erilaisista asiantuntijoista koostuvat sosiaali- ja terveysorganisaatiot muodostavat johtamisen kannalta haastavan ja vaikean ympäristön. Niissä johtaminen vaatii hyvää yleistä johtamisosaamista mutta asettaa myös tiet-

tyjä erityisiä osaamisvaatimuksia. Esimerkiksi isot verkostomaiset organisaatiot, kuten sosiaali- ja terveysalueet, edellyttävät etäjohtamista. Johtajan on hallittava, mitkä asiat voidaan hoitaa etäjohtamisena ja mitkä vaativat henkilökohtaista vuorovaikutusta. Johtajana onnistuminen edellyttää myös johdettavan substanssialueen tuntemusta, mutta siihen liittyvät vaatimukset vaihtelevat johtajan organisaatioaseman mukaan. Toisin sanottuna on otettava huomioon kontingenssiteorian opetukset (Sinkkonen & Taskinen 2005).

Integroinnin analyyseissa esiin tulleet osaamisen kehittämistarpeet, kuten osaoptimoinnin ehkäisy sekä työntekijöiden kokonaisnäkemyksen ja -vastuun kasvattaminen ja tukeminen, on erityinen haaste kaikissa organisaatioissa, joissa työskentelee paljon korkeasti koulutettuja asiantuntijoita. Sosiaali- ja terveysorganisaatiot ovat pitkälti asiantuntijaorganisaatioita. Asiantuntijoilla on yleensä hyvä ammatti-identiteetti ja hyvä ammatillinen itsetunto, joita osaamisen arvostaminen yhteiskunnassa myös ruokkii. Tähän liittyy myös se, että toisella alalla ammatillisen koulutuksensa saaneisiin johtajiin saatetaan suhtautua torjuvasti tai vähättelevästi. Joidenkin professioiden edustajat hyväksyvät vain oman ammattialansa koulutuksen saaneen johtajan, koska hän hallitsee myös johdettavan substanssialueen. Piiloisia perusteluita voivat olla aseman ja vallan säilyttäminen ja jopa pyrkimys lisätä valtaa muutoksissa, kuten kansainvälinen tutkimus (Lawrence & Lorsch 1967) jo vuosien takaa osoittaa.

Yhdistettyjen sosiaali- ja terveysorganisaatioiden johtamishaasteet ovat erityisen vaativia myös siksi, että niissä työskentelevien ammattilaisten koulutuspohjat ovat hyvin erilaiset. Tämä edellyttää huomion kiinnittämistä esimerkiksi organisaatio- ja ammatillisiin kulttuuripiirteisiin ja siihen liittyvää johtamisosaamista. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon virasto-organisaatioiden ja hallinnon yhdistämisen kritisoijien ilmaisu ”Sosiaalihuollosta terveydenhuoltoon tulisi ottaa mukaan vain ne osat, jotka tuovat sille todellista synergiaetua” tai ”terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon tulisi ottaa mukaan vain ne osat, jotka tuovat sille todellista synenergiaetua” tuovat esille tärkeän havainnon arvioida aidosti integroinnin hyötyä eri tilanteissa, mutta samalla myös vahvan kulttuurisen piirteen siitä, mistä näkökulmasta (terveydenhuolto tai sosiaalihuolto) käsin ilmaisija todellisuutta määrittelee.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollossa ainakin osittain organisaatiot todennäköisesti kasvavat integroitumisten myötä. Integroitumisella tavoitellaan laatutavoitteiden ohella usein entistä kustannustehokkaampaa palvelujärjestelmää. Erilaisten integroitumisten hyötyjä ja haittoja on mahdollista arvioida vasta myöhemmin, sillä usein ensimmäisenä esille tulevat vaikutukset kertovat lähinnä muutosjohtamisen onnistumisesta tai epäonnistumisesta eivätkä välttämättä juuri integroinnin vaikutuksista. Sinänsä integrointi ja koordinointi ovat johtamisen ja johtajan työn keskeistä sisältöä, olipa kyse millaisesta organisaatiosta hyvänsä.

Keskeistä:

- Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on kansainvälisesti katsottuna hyvin integroitu, vaikka sitä on kritisoitu.
- Johtamisosaamisen yhtenä keskeisenä haasteena on löytää tarkoituksenmukaiset menettelytavat integroinnin eri tasoilla ja suhteessa eri toimintoihin ja toimijoihin. Esimerkiksi yksikköjen yhteistyösuhteiden ylläpito vaatii tietoista johtamista ja hyvää osaamista.
- Johtajan asenteet ja toimintamalli ovat yhteistyön onnistumisen tai epäonnistumisen kannalta tärkeitä.

6
Moniammatillisten verkostojen johtaminen

Vuokko Niiranen

”Managing networks, however, should not be confused with the classical management approach.”

Walter Kickert, Erik-Hans Klijn ja Joop Koppenjan (1997, 11)

Walter Kickert, Erik-Hans Klijn ja Joop Koppenjan muistuttavat useissa artikkeleissaan, että verkostojen johtaminen poikkeaa perinteisestä organisaatioiden johtamisesta. Sitä ei ole järkevää tulkita yksinomaan klassisten organisaatioteorioiden tai johtamisoppien näkökulmasta. Verkostoissa eivät päde tavanmukaiset hierarkiamallit, yksimieliset organisaatiovisiot eivätkä selkeät johtamisauktoriteetit. Tässä luvussa tarkastellaan verkostojen johtamista erityisesti moniammatillisen yhteistyön ja monialaisten, hybridimuotoisten organisaatioiden näkökulmasta.

Ajankohtaiset ja monimuotoiset verkostot

Monimuotoiset verkostot ovat yhä yleisempiä. Verkostoja yhdistää jokin asia, tavoite tai toiminnan kohde. Toiminnallisten verkostojen taustalla voi olla erilaisia ja eritasoisia organisaatioita, mutta verkostoja ja niissä toimivia ammattilaisia yhdistää jokin asia tai toiminnan kohde. Verkostoon voi tulevaisuudessa sisältyä rakenteeltaan ja yhteiskunnalliselta asemaltaan hyvinkin erilaisia organisaatioita, esimerkiksi julkiselta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Erityisesti laajat ja nopeat toimintaympäristömuutokset ja niiden myötä muodostuvat uudet organisaatiorakenteet synnyttävät myös uudenlaisia toimintaverkostoja, ja lisäävät uudenlaisten verkostojen tarvetta (Antila 2012, Currie & Locket 2011). Verkoston tai organisaation jäsenet voivat kuulua myös muihin oman organisaationsa ulkopuolisiin yhteistyöverkostoihin, jolloin vuorovaikutukseen voi sisältyä erilaisia valta- ja riippuvuussuhteita tai ammatillisia intressejä. Laajojen, useista eri organisaatioista ja niiden toimijoista muodostuvien verkostojen johtaminen on erilaista kuin yhden organisaation oman sisäisen toimijaverkoston johtaminen. Monialaisen verkoston johtamisessa heijastuvat sekä yksittäiset toimijat ja heidän tavoitteensa tai motiivinsa, että verkostoon kuuluvat organisaatiot, niiden tavoitteet ja sidosryhmät. (Joses & Van de Ven 2016, Silvia & McGuire 2010.) Sosiaali- ja terveydenhuollon verkostot voivat esimerkiksi lapsiperheiden palveluissa koostua perheiden tukemiseen liittyvästä kehittämisohjelmasta ja siihen kytkeytyvistä sosiaali- ja terveydenhuuollon palveluista, ja lisäksi koulun ja oppilashuollon verkostoista (Salonen 2012).

Monitoimijaisissa ja moniammatillisissa verkostoissa voivat olla mukana niin verkoston teema-alueeseen kuuluvat ministeriöt ja keskusvirastot, kansalliset ja kansainväliset järjestöt, tutkimuslaitokset ja oppilaitokset kuin maakunta- ja kuntatasoiset sosiaali- ja terveydenhuollon tai muiden toimialojen organisaatiotkin. Esimerkkinä tämänkaltaisesta monitoimjaisesta verkostosta on opetus- ja kulttuuriministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma, LAPE-kärkihanke, jonka toimeenpanosta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (LAPE-kärkihanke 2016–2019).

Monialaisen ja moniammatillisen verkoston muodostavat myös esimerkiksi vanhuspalvelut. Palvelukokonaisuuteen voivat kuulua esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon paikallis- ja aluetasoiset julkiset, yksityiset ja järjestöjen tuottamat vanhuspalvelut, muut sosiaali- ja terveyspalvelut, kuntien kulttuuri- ja liikuntapalvelut, eläkeläisjärjestöjen vertaisryhmät sekä seurakuntien tarjoama vanhusten päivätoiminta. Valtakunnallisesti mukana saattaa olla myös vanhuspalveluiden keskusjärjestöjen toimintaprojekteja. Lisäksi vanhuspalvelut saattavat kuulua jonkin tutkimusyksikön koordinoimaan Euroopan laajuiseen palvelelujen kehittämishankkeeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisten verkostojen johtamisessa on otettava huomioon myös sekä yksityisen että julkisen sektorin hallintoa ja päätöksentekoa ohjaava lainsäädäntö sekä toiminnan oikeudenmukaisuus ja palvelujen saatavuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja palvelurakenteiden suunnitellaan muuttuvan huomattavasti 2010-luvun lopulla ja 2020-luvun alussa. Tällöin myös niiden johtamisjärjestelmät ja erilaiset toimintaverkostot uudistuvat. Uudenlaisten verkostojen johtaminen poikkeaa sekä perinteisestä hierarkkisesta hallintomallista että puhtaasti markkinatyyppisestä toimintatavasta. Oletettavasti sekä hajautettuina toimivat organisaatiot että uudenlaiset monialaiset ja moniammatilliset toimintaverkostot lisääntyvät. Peruspalveluista vastaavilla organisaatiotasoilla on tärkeä tehtävä verkostojen toimivuuden varmistamisessa. Verkostojen johtamisessa korostuvat lisäksi verkostoille laadittavat tai niille syntyvät uudenlaiset tavoitteet, toimintatavat ja monet verkostojen keskinäisiin suhteisiin vaikuttavat intressit ja ilmiöt (Jalonen 2010, Peters 2008, Niiranen 2016).

Verkoston käsite ja sisältö

Verkoston käsitettä on käytetty laajasti muun muassa antropologiassa, sosiaalipsykologiassa, psykologiassa ja sosiologiassa. Verkostoteoreettisessa tutkimuksessa on tarkasteltu yksilöitä ryhmien ja yhteiskunnan jäseninä. Verkostojen tutkimus on suosittua myös julkisten palveluiden tutkimuksessa. Verkoston käsitettä käytetään usein kuvaamaan ihmisten tai organisaatioiden välisiä suhteita joko konkreettisesti tai metaforana (Saarelainen

2003, Alvesson & Sveningsson 2007, Elg 2007). Verkostojen tutkimuksessa voi olla kyse myös sosiaalisista verkostoista (Kilduff & Tsai 2007) ja niihin usein liitetystä sosiaalisesta pääomasta.

Sosiaalisen pääoman (social capital) peruselementit ovat osaaminen, luottamus ja verkostot. Jokainen näistä elementeistä voi joko avata toimijoille uusia mahdollisuuksia tai joissain tapauksissa myös korostaa ensisijaisesti organisaation tai verkoston omaa sisäistä yhteyttä ja samalla rajata yksittäisten toimijoiden mahdollisuuksia muodostaa itselleen uusia omia verkostoja. Sosiaalinen pääoma tarjoaa yksilölle mahdollisuuden sitoutua yhteiseen tavoitteeseen. Lisäksi se edistää joustavaa organisaatiorakennetta, tarjoaa mekanismeja kollektiiviseen johtajuuteen ja edistää organisaation inhimillisen pääoman kehittymistä.

Sosiaalisen pääoman elementtejä pidetään usein toisiaan vahvistavina. Luottamusta ja verkostoja tukeva johtaminen saa aikaan uutta osaamista, ja uusi osaaminen taas voi avata myös yhteisön ulkopuolisia uusia verkostoja. Sosiaalisen pääoman mekanismit voivat kuitenkin myös hajottaa toisiaan. Erityisen voimakas organisaation sisäisen yhtenäisyyden korostaminen ja samanaikainen ulkopuolisten verkostojen vetovoiman pelko saattavat kaventaa yhteisön jäsenten keskinäistä luottamusta ja supistaa osaamista. Jos yhteisön sisäinen luottamus on heikko, ulkopuoliset verkostot saatetaan kokea uhkaksi. Tällöin niitä halutaan rajoittaa tai vähätellä. (Niiranen 2004, 116–117, ks. lisää Coleman 1988.)

Toiminnallisten verkostojen muodostamisen perusteena ovat organisaation tai yksittäisen henkilön muodollisen, institutionaalisen aseman ohella osaaminen, ja joskus myös alueellinen tai muu maantieteellinen sijainti. Lisäksi ympäristön täytyy hyväksyä verkosto ja antaa sen toiminnalle tukensa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden verkostojen muodostamisessa vaikuttavat 1) verkostoon pyrkivän yhteisön tai organisaation tunnettuus ja hyväksyttävyys (legitimaatio), 2) toiminnan eettisyys ja 3) ammatillinen osaaminen (taulukko 8).

Taulukko 8. Verkostoon pääsyn avaintekijöitä ja osaamisalueita.

Verkostoon pääsyn peruste	Osaamisalue
Legitimaatio ja institutionalisaatio	Jäsenten yksittäinen ja yhteinen teoreettinen ja ammatillinen osaaminen.
	Yksittäisen henkilön tai koko organisaation yhteiskunnallinen painoarvo, toimintatapojen kiinnostavuus, käytettyjen toimintatapojen laajempi tunnettuneisuus tai ammatillinen kokemus.
Eettisyys ja hyväksyttävyys	Yksilön tai yhteisön edustaman tehtäväalueen tai ammatin/ammattien eettinen perusta ja hallinta.
	Toiminnan itseohjautuvuus ja vastuullisuus.
Osaaminen	Kommunikatiivinen osaaminen ja vuorovaikutus
	Strateginen osaaminen ja tavoitteellisuus. Substanssiosaaminen ja halu jakaa osaamista ja tietoa verkoston muille jäsenille.

Usein verkostoja muodostetaan, jotta saataisiin aikaan monipuolisempia palveluja. Verkostomaisen toiminnan avulla voidaan myös tavoitella taloudellista tehokkuutta. Lisäksi niiden välityksellä voidaan kontrolloida niukkoja voimavaroja, hankkia valtaa ja vaikuttamismahdollisuuksia tai saavuttaa haluttuja strategisia etuja. (Elg 2007, 212–122.)

Walter Kickert tutkijaryhmineen (1997) kuvaa verkostomaisessa yhteistyössä kolmea toimintamallia. Verkostojen motiiveja voivat pelkistetysti olla 1) välineellinen näkökulma eli jonkin muun asian tai tavoitteen edistäminen, 2) vuorovaikutteisuuden näkökulma eli keskinäisen vuorovaikutuksen lisääminen tai 3) institutionaalinen näkökulma eli jonkin asian tai toiminnan vakiinnuttaminen. Integroiva eli erilaisia toimintatapoja yhdistävä verkostomaisuus edellyttää aina työntekijöiden ja organisaation molemminpuolista sitoutumista verkostoon ja henkilöstön omaa liikkuma-alaa. Vaarana on kuitenkin se, että organisaatio ja sen perustehtävää tukeva strateginen toiminta saattavat jäädä sivuun, kun korostetaan verkoston monialaisuutta.

Välineellisessä näkökulmassa verkoston tehtävä voi olla ensisijaisesti jonkin tavoitteen aikaansaaminen. Tällöin verkosto voi liittyä esimerkiksi hierarkkiseen ylhäältä alas suuntautuvaan ohjaukseen. Tavoitteena voi olla esimerkiksi verkoston toimintatapojen tai palvelujen yhdenmukaistaminen tai laajempien strategisten tavoitteiden edistäminen. Tavoitteena voivat olla myös yhteisten ongelmanratkaisujen helpottaminen ja verkostoon kuuluvien organisaatioiden tuloksellisuuden lisääminen. Verkoston johtamisen välineellinen näkökulma on tehokas erityisesti ohjaavan yksikön tavoitteenasettelun kannalta. Näkökulman heikkoudet taas liittyvät ennen kaikkea ohjauksen ja tavoitteenasettelun väliseen kuiluun eli siihen, kyetäänkö verkostossa ottamaan huomioon monialaisuuden mahdollisuudet.

Vuorovaikutteisuuden näkökulmassa keskeistä on yhteinen toiminta. Tässä näkökulmassa vahvuuksia ovat erilaisten tilanteiden ja verkoston toimijoiden monialaisen osaamisen hyödyntäminen. Hierarkkinen järjestelmä jää taka-alalle, ja toiminta keskittyy horisontaaliseen vuorovaikutukseen. Toimintaa saattaa rajoittaa sen vapaaehtoisuudesta ja näennäisestä keveydestä johtuva oikeutuksen eli legitimaation vähäisyys. Toiminta saattaa kuitenkin painottua niin vahvasti keskinäiseen vuorovaikutukseen, että esimerkiksi hallinnolliset tai organisatoriset kysymykset jäävät sivuun tai ohitetaan.

Institutionaalinen näkökulma toimii silloin, kun korostetaan verkostoa toiminnan vakiinnuttajana. Verkoston johtamisen tavoite on tehokkaan verkoston ja sen toimintakulttuurin vakiintuminen hyväksytyksi järjestelmäksi. Integroiva eli erilaisia toimintatapoja yhdistävä verkostomaisuus edellyttää aina työntekijöiden ja organisaation molemminpuolista sitoutumista verkostoon ja henkilöstön omaa liikkuma-alaa. Vaarana on kuitenkin se, että organisaatio ja sen perustehtävää tukeva strateginen toiminta saattavat jäädä sivuun, kun korostetaan verkoston monialaisuutta (Kickert, Klijn & Koppenjan 1997, myös Jones & Van de Ven 2016, Puustinen 2012).

Yhteistoiminnan tavoite verkostojen johtamisessa

Verkostoihin kuuluvien ammattiryhmien tai erilaisten organisaatioiden tavoitteet eivät välttämättä ole yhdensuuntaisia tai täysin yksiselitteisiä, ja tämä tekee myös niiden johtamisen kiinnostavaksi, joskus myös jännitteiseksi. Verkostojen johtamisessa kohdataan myös sellaisia uusia ilmiöitä, epävarmuuksia ja toimintamekanismeja, joita klassiset verkostojen johtamisen tutkimukset eivät välttämättä tunnista tai selitä. Esimerkiksi professio- eli ammattikeskeisen johtamisajattelun sijaan puhutaan eri ammattien tai tieteiden välisestä toiminnasta. Johtamisessa kohdattava epävarmuus liittyy sekä toimintaympäristöön, toiminnan tietoperustaan, vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon että erilaisiin strategioihin. Eri professioiden taustalla olevilla tieteenaloilla saatetaan samoista ilmiöistä käyttää erilaisia käsitteitä, tai samoillakin sanoilla voidaan tarkoittaa aivan erilaisia asioita tai toimintamekanismeja (esim. Mikkeli & Pakkasvirta 2007). Monialaisten verkostojen yksi keskeinen piirre on se, että verkostojen johtamiseen liittyvä valta pikemminkin piiloutuu kuin nousee näkyväksi. Verkostolla saattaa olla samanaikaisesti useita johtajia, jotka joko toimivat rinnakkain ja samankaltaisin tavoittein tai eri suuntiin ja ristikkäisin tavoittein (Bogazon & Zølner 2007, Koppenjan & Klijn 2010, Martin ym. 2009).

Verkostojen jäsenillä ja heidän taustaorganisaatioillaan voi siis olla joko selkeän yhdensuuntaisia tai hyvinkin erilaisia päämääriä ja ristikkäisiäkin pyrkimyksiä. Erilaisista intresseistä huolimatta verkostojen johtamisen keskeisenä tavoitteena pidetään usein yhteistoimintaa. Onnistuneelle verkostojen johtamiselle on luonteenomaista monimuotoisuuden tunnistaminen ja hyväksyminen. Verkoston johtamiseen sisältyy aina ongelmien ratkaisemista tai ristikkäisiäkin tavoitteita yhdensovittavaa toimintaa. Tutkijat (Kickert & Koppenjan 1997, 43–44, Ansell & Gash 2007, 544–545) ovat kuvanneet verkostojohtamista seuraavasti:

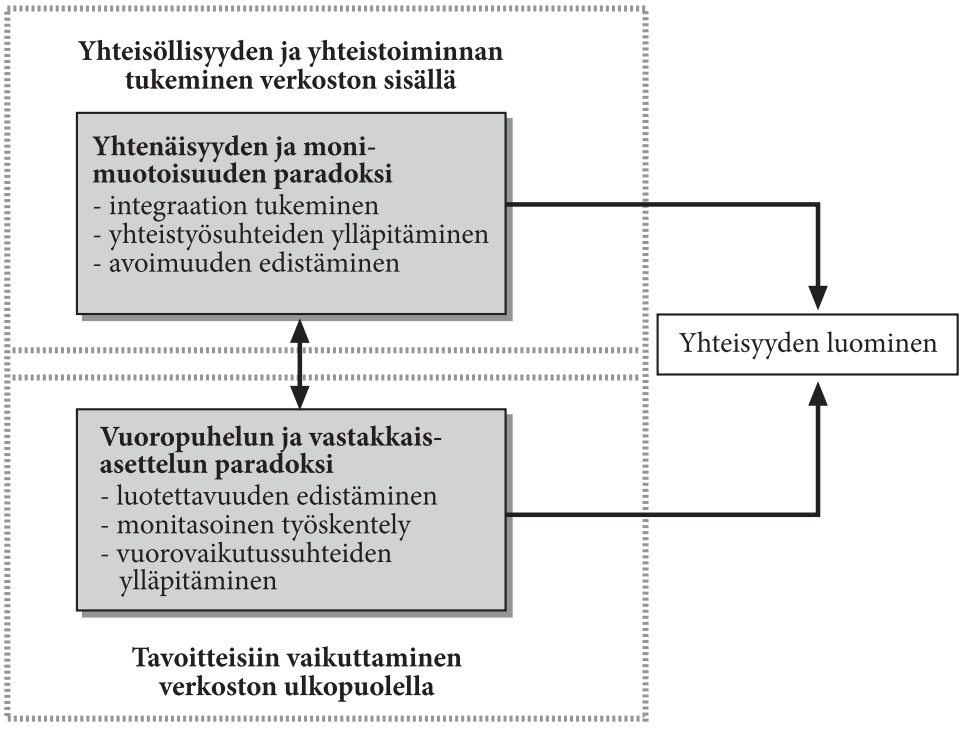
– Se edistää toimijoiden keskinäistä, molemminpuolista ja vuorovaikutuksellista sopeutumista monialaisten päämäärien saavuttamiseksi.
– Se havaitsee useat ajankohtaiset ongelmat, jotka liittyvät organisaatioiden keskinäisiin suhteisiin tietyssä toimintaympäristössä (esim. sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän monitasoisuus ja limittäisyys).

– Se tunnistaa ja hyväksyy sen, että kullakin verkostoon kuuluvalla organisaatiolla voi olla oma, toisistaan poikkeava yhteiskunnallinen perustehtävänsä ja että organisaatiot voivat myös kilpailla keskenään jollain toisella foorumilla.
– Verkoston toimintamalli tai viitekehys saattaa olla muodostettu yksittäisen organisaation, esimerkiksi julkisen sektorin toimijan aloitteesta ja näkökulmasta, mutta osanottajat tulevat erilaisista organisaatiosta, julkisen sektorin ohella esimerkiksi järjestöistä ja yksityiseltä sektorilta tai ovat ilman erityistä taustaorganisaatiota olevia itsenäisiä toimijoita.
– Verkoston jäsenten tavoitteena on vaikuttaa suoraan verkostossa tapahtuvaan päätöksentekoon eikä pelkästään neuvoa tai kertoa mielipiteitä.
– Verkoston toiminta järjestetään ja organisoidaan pääsääntöisesti muodollisten kokousten avulla, ja toiminnassa pyritään pääsääntöisesti yksimielisiin näkemyksiin ja linjauksiin.
– Yhteistoimintaa johtaa usein julkinen organisaatio, tai se on kiinnitetty osaksi julkisen sektorin politiikkaa.

Yhteistyöhön eli kollaboraatioon pyrkivä verkoston johtaminen on kaksiulotteista (kuvio 7). Johtamisessa kohdataan kaksi toisilleen vastakkaista vaatimusta. Niistä ensimmäinen liittyy johtamiseen verkoston sisällä ja toinen verkoston ja sen ympäristön suhteisiin. Yhteisyyden luominen verkoston sisällä on kollaboratiivisen johtamisen keskeinen muttei ainoa tehtävä. Tähän yhteisyyden luomisen tavoitteeseen kuuluu myös hajanaisuuden paradoksi. Verkoston eri osien hajanaisuudesta huolimatta johtamisessa pitäisi kyetä tuottamaan eheyttä ja yhdentymistä. Johtamisen odotetaan edistävän luottamusta ja pitävän yllä vuorovaikutussuhteita verkoston eri osien välillä ja edistävän verkoston sisäistä avoimuutta. Samalla johtamisessa täytyy kuitenkin säilyttää myös monimuotoisuus, jotta verkostossa olevat erilaiset näkemykset ja tietoperustat saisivat tilaa. Verkoston ulkopuolella taas korostuu erityisesti johtamisen toinen tehtävä, jota voidaan kuvata vastakkainasettelun hallinnan paradoksiksi. Verkoston johtamisessa nämä ulkoiset ja sisäiset odotukset ja tehtävät eivät suinkaan tule peräkkäin vaan ne ovat usein mukana samanaikaisesti, ja joskus toisilleen vastakkaisinakin (Ospina & Saz-Garanza 2010).

Verkoston johtaja saattaa olla jonkin verkostoon kuuluvan yksittäisen organisaation johtaja, tai hän saattaa tulla kokonaan organisaatioiden johdon ulkopuolelta. Erilaisuus voi tuottaa verkoston toimintaan ja sen johtamiseen aivan uudenlaisia, innovatiivisia toimintatapoja tai oivalluksia. Verkostojen toiminnallinen vahvistuminen ja mahdollinen institutionalisoituminen saattaa vaikuttaa verkostoihin kuuluvien organisaatioiden toimintaan tai heijastua eri organisaatioiden välisiin suhteisiin. Myös eri professioiden väliset suhteet, vuorovaikutuksen piirteet tai johtaja-työntekijä-suhteet saattavat muuttua verkostojen vahvistuessa (Currie & Locket 2011). Sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatiorakenteiden muuttuessa ja hajautettuina toimivien työyhteisöjen lisääntyessä myös johtaminen voi olla hajautettua. Tällöin johtaja ja työntekijät työskentelevät fyysisestikin eri paikoissa (Martin ym. 2015).

Yksittäisen verkoston johtamisen tavoitteena ovat ensisijaisesti verkoston jäsenten yhteistyön tukeminen, yhteisöllisyyden edistäminen ja avoimuuden ylläpitäminen. Verkoston ympäristössä ja suhteessa muihin verkostoihin tai niiden osiin taas saatetaan pyrkiä oman yhteisön tavoitteiden edistämiseen tai omalle toiminnalle myönteisen ilmapiirin luomiseen ja vastakkainasettelun välttämiseen (Ansell & Gash 2007, Ospina & Saz-Garanza 2010).



Kuvio 7. Verkoston johtamisen jännitteet (Ospina & Saz-Carranza 2010, 425).

Sosiaali- ja terveysalan johtamisessa voidaan erottaa johtamisen ala (locus) ja johtamisen kohde (focus). Ala viittaa koko palvelutoiminnan kenttään ja sieltä tuleviin sekä sinne kohdentuviin toiminnan sisältöihin ja painotuksiin. Kohde taas viittaa varsinaisiin johtamistehtäviin eli funktioihin, kuten johtamisen sisältöihin ja muotoihin (Salminen 2008, Niiranen ym. 2014). Johtajan odotetaan myös noudattavan työssään organisaationsa arvoja ja edistävän organisaation perustehtävää.

Verkostoon kuuluvat organisaatiot voivat olla tavoitteiltaan hyvinkin erilaisia. Esimerkkinä erilaisuudesta voidaan ottaa esille alussa kuvattu julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin muodostama vanhuspalvelujen verkosto. Siinä jokainen osapuoli tuottaa vanhuksille toimintaa ja palveluja oman yhteiskunnallisen tai taloudellisen perustehtävänsä ja tavoitteidensa mukaisesti. Verkostojen johtamisessa tunnistetaan myös verkoston eri osien keskinäiset jännitteet. Niitä voivat olla esimerkiksi samalle asiakasryhmälle palveluja tuottavat ja asiakkaista keskenään kilpailevat palveluyritykset, samoista ammatillisista työntekijöistä keskenään kilpailevat julkiset vanhuspalvelut ja yksityiset yritykset tai kohderyhmänään ja mahdollisina jäseninään samaa vanhusväestöä pitävät järjestöt. Vastakkaisten tavoitteiden hyväksyminen tukee verkoston tavoitteiden saavuttamista paremmin kuin menettely, jossa ristiriidat ja jännitteet ohitetaan. Myös verkoston jäsenten on hyvä tunnistaa, mistä jännitteet johtuvat ja mikä merkitys niillä on verkoston toiminnalle. Paradoksien tunnistamista ja niiden kääntämistä toiminnan voimavaraksi voidaan siis pitää verkoston mahdollisuutena (Ospina & Saz-Carranza 2010; Antila 2012).

Verkoston johtamisen oikeutus

Verkostojen johtaminen on toimimista eri ammattiryhmien, organisaatioiden ja toimintatapojen muodostamassa yhteisössä, jossa toimijoiden tasavertaisuus on keskeistä. Verkostojen johtaja käyttää heijasteista valtaa: hänen on vaikutettava asioihin, joihin hänellä ei ole suoranaista määräysvaltaa mutta joiden toteuttaminen on hänen vastuullaan. Verkostoissa vastuun kantaminen ja jakaminen voi olla monimutkaisempaa kuin tavanomaisissa hierarkkisissa organisaatioissa. Verkostotutkijat ovatkin to-

denneet, että governance-tyyppinen organisaatioiden rinnakkaisuus tai verkostomainen monitoimijaisuus saattaa myös peittää tai häivyttää sekä vallankäyttöä että vastuuta (Sørensen & Torfing 2008).

Verkostomainen hallintajärjestelmä voimistuu, mutta se ei merkitse sitä, että weberiläiseen byrokratian ideaalimalliin nojaavan hallinnon hyvät puolet kannattaisi häivyttää tai unohtaa. Klassinen Max Weberin byrokratian ideaalimalli korostaa hallinnon oikeusvarmuutta ja erillisyyttä varsinaisesta poliittisesta päätöksenteosta. Viranhaltijoiden odotetaan olevan ammattitaitoisia ja perustelevan päätöksensä. Tällainen ideaalityyppinen hallinto toimii tehokkaimmin. Ideaalimalli ei siis tarkoita ihannemallia vaan pelkistettyä toimintatapaa. Se on äärimmilleen pelkistetty kuvaus siitä, kuinka asiat voisivat parhaimmillaan toimia ja millaiset eri osien väliset suhteet ovat. (Vartola 2006, Tuomikorpi 2005.)

Weberiläinen ideaalimalli hallinnosta

Weberiläinen ideaalimalli korostaa hallinnon luotettavuutta, päätöksenteon ennakoitavuutta ja päätösten perustelemista. Hallinnon järjestämisen lähtökohtana ovat erikoistuminen ja asiantuntemus. Hallinnon ratkaisut eivät saa perustua päätöksentekijän mielivaltaan tai tunteisiin vaan lakeihin, asetuksiin ja järkiperäiseen tietoon sekä asiantuntemukseen.

Virat täytetään ammatillisen pätevyyden ja tutkintojen perusteella, ja virkauralla voi edetä kokemuksen ja ansioiden perusteella. Viranhaltija tai työntekijä ei omista virkaansa eikä siihen liittyviä resursseja. Hänen oletetaan pitävän yllä omaa ammattitaitoaan ja toimivan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Hallinnossa työskentelevän toimintaa ohjaavat hallinnon eettiset periaatteet, toiminnan ja talouden läpinäkyvyys, kansalaisten oikeusturvan toteuttaminen, asiakkaiden tasa-arvoinen kohtelu ja neutraalisuus. (Weber 1946/2011, Vartola 2006.)

Modernissakin verkostoyhteiskunnassa ja verkostomaisessa toiminnassa ennustettavuutta ja oikeusvarmuutta palveleva hallintotapa turvaa esimerkiksi palveluiden jatkuvuutta ja toiminnan luotettavuutta sekä kansalaisten oikeusturvaa. Ilman kumppaneita ja verkostomaista toimintaa hallinto ei kuitenkaan kykene ratkaisemaan monimutkaisia ja toisiinsa liittyviä ongelmia. (Vartola 2009, 38–39.)

Moniammatillisten verkostojen johtamisen piirteitä

Moniammatilliset verkostot ovat erilaisia johdettavia kuin esimerkiksi yhden tai muutaman ammattikunnan organisaatiot. Moniammatillisten verkostojen johtaminen edellyttää moniammatillisuuden toimintamekanismien ja erilaisen osaamisen merkityksen tunnistamista sekä erilaisten asiantuntijoiden vuorovaikutuksen tukemista. Moniammatillisuus voidaan ymmärtää eri tavoin (ks. myös lukua 5). Joskus sillä tarkoitetaan hyvin suppeasti vain saman ammattialan sisällä olevia, keskenään erikoistuneita ammattiryhmiä eli professioita. Tavallisemmin moniammatillisuudella tarkoitetaan esimerkiksi saman työalueen tai jonkin tehtävän suorittamisessa tarvittavien eri ammattiryhmien tai erilaista ammatillista osaamista edustavien työntekijöiden ryhmää (Launis 1997, Eräsaari 2002). Esimerkiksi nuorisopsykiatriassa moniammatilliseen työryhmään saattavat kuulua psykiatrian erikoislääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, toimistosihteeri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä sekä musiikki- tai taideterapeutti. Moniammatillinen eri professioiden substanssialueet huomioon ottava yhteistyö voi parhaimmillaan edistää sekä yksittäisen työntekijän oman työn kokonaisvaltaista kehittämistä että asiakkaan/potilaan saaman hoidon laatua (Niiranen 2013). Pelkistetysti moniammatillisuuteen voi kuulua 1) tiettyjen ammattiryhmien (esim. sairaanhoitaja, lääkäri, sosiaalityöntekijä) välinen yhteistyö, 2) terveydenhuollon tai sosiaalihuollon henkilöstön sisäinen yhteistyö tai 3) sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön välinen yhteistyö. Moniammatillisuus voidaan myös ymmärtää erilaisten ja toisistaan täysin erillään olevien ammattiosaajien työksi, jolla on yhteinen tavoite. Kaupungin johtoryhmään ovat voineet kuulua esimerkiksi kaupunginjohtaja, talousjohtaja, palvelualuejohtaja, teknisen sektorin johtaja, henkilöstöjohtaja ja viestintäpäällikkö.

Moniammatillisessa verkostoyhteistyössä uuden tiedon tuottaminen ja sen yhdistäminen aikaisempaan edellyttävät tietoisuutta moniammatillisen työn erityispiirteistä. Moniammatillinen työ poikkeaa esimerkiksi yhden ammattikunnan sisäisestä tai samalle tiedeperustalle nojaavien eri ammattien yhteistyöstä. Kommunikatiivinen, yhteisesti sovittuun

työn kohteeseen suuntautuva työ ja yhteisen vuoropuhelun pohjalta syntyvä oppiminen ja asiantuntijuus edellyttävät eri asiantuntijoiden ammattirajojen ylittämistä, keskinäisen asiantuntemuksen kunnioittamista ja yhteisiä tulkintoja (Launis 1997). Verkostojen johtamiselle kiinnostavan lisäulottuvuuden tuovat siis aina verkoston jäsenten osaamisperustan monialaisuus ja eri ammattien taustatieteisiin kytkeytyvät erilaiset kulttuurit. (Ks. myös lukuja 5 ja 8.)

Verkoston toiminnan rajapintojen tunnistaminen tarkoittaa sekä verkoston sisäisten, eri toimijoiden välisten että verkoston ulkopuolisten kosketuskohtien tunnistamista. Esimerkiksi yksityisen sektorin, järjestöjen ja julkisen sektorin välillä on ensiarvoisen tärkeää tunnistaa organisaatioiden ja toiminnan rajat sekä yhteiset asiakkaiden kohtaamisen rajapinnat. Kokonaisuuteen saattaa kuulua samanaikaisesti hierarkkisia organisaatioita, osaamisen ja vuorovaikutuksen verkostoja sekä erillään toimivia mutta asiakas-, tehtävä-, ammatti- tai tiedeperustoiltaan toisiinsa kiinnittyviä yhteisöjä. Verkostoon kuuluu sangen usein yhteistyötä myös kilpailevien intressien ja sidosryhmien tai yksiköiden kanssa (esim. Möttönen & Niemelä 2005).

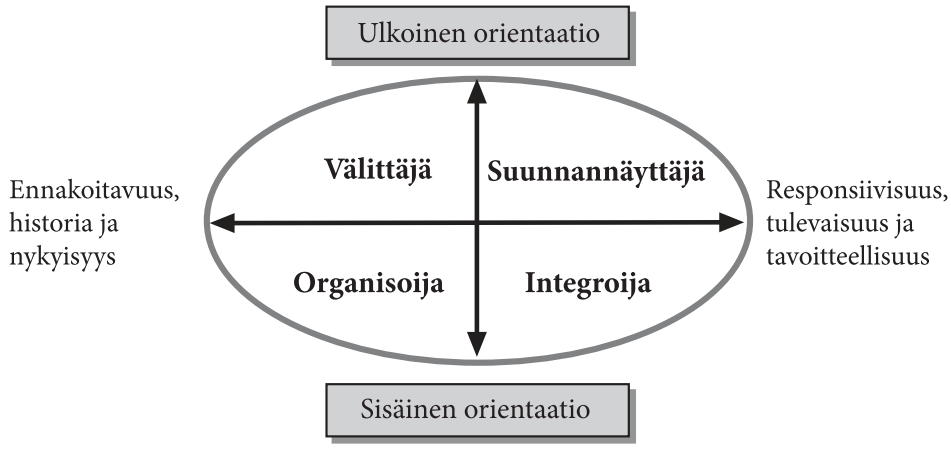
Kiinnostavan ulottuvuuden verkostojen johtamiseen tuovat hajautetut organisaatiot. Niillä tarkoitetaan määräaikaista tai pysyvää organisaatiota, jonka henkilöstö työskentelee yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi samaan tai eri aikaan eri paikoissa. Hajautettuina toimivat organisaatiot tulevat todennäköisesti yleistymään sosiaali- ja terveyspalveluissa uudenlaisten yhteistoiminta-alueiden myötä. Esimerkiksi alueellisesti hajautettuina toimivissa organisaatioissa sekä johtaminen että eri ammattiryhmien keskinäinen vuorovaikutus ovat erilaisia kuin perinteisissä, esimerkiksi samassa rakennuksessa tai lähellä toisiaan sijaitsevissa työyhteisöissä (Vartiainen ym. 2004, Niiranen 2016). Silloin kun laajempaan erilaisten organisaation verkostoon kuuluvista yksiköistä jokin itsessään on hajautetun organisaation osa, erilaiset toiminta- ja vuorovaikutussuhteet moninkertaistuvat (Kickert ym. 1997, 181–187; Bogason & Zølner 2007, 3–5). Kyse voi olla vaikkapa valtion aluehallinnosta, kaupunginosien aluetoimipisteistä, kuntien yhteistoiminta-alueesta, järjestön tai yrityksen eri paikkakunnil-

le sijoitetuista yksiköistä, sosiaali- ja terveyspalveluyrityksen eri kunnissa tai vaikkapa eri maissa sijaitsevista toimiyksiköistä.

Verkoston johtamisen yksi keskeinen tehtävä on tukea verkostoa toimimaan asiantuntijoiden yhteisönä. Asiantuntijoiden yhteistyössä kehittyy myös yksilön oma asiantuntijuus. Oman osaamisen hallinnan ja kehittämisen lisäksi verkoston jäsenen tulee täydentää toisten osaamista. Verkostoituminen ja asiantuntijatiedon jakaminen antavat välineitä ongelmanratkaisuun ja mahdollisuuden testata omia ajatuksia. Asiantuntemuksen lisääminen edellyttää asiantuntijatiedon rajoilla liikkumista, kohtaamista ja rajojen ylittämistä. Tähän liittyy taito ylittää erilaisten näkemysten erot ja kyky yhdistää erilaisuutta. Yhteistyö jää keskeneräiseksi, jos sitä kuvataan peräkkäisinä toimina tai sarjoina, joita vain koordinoidaan yhteen. Onnistuneessa yhteisessä työssä voidaan puhua kommunikatiivisesta yhteistyöstä. Siinä kyetään ylittämään ammattikuntarajat, jakamaan osaamista ja oppimaan toisilta. Ennen kaikkea siinä kyetään sopimaan yhteisistä tavoitteista ja menettelytavoista (Launis 1994, Launis 1997, Eräsaari 2002).

Verkoston johtajan monet roolit

Johtamisen rakenteiden, osaamisen ja toimintakulttuurin tulisi tukea toisiaan. Jos esimerkiksi halutaan, että toimintatapa on verkostomainen, mutta päätöksenteko on hierarkkista, verkostossa on vaikea saavuttaa asetettuja tavoitteita. Verkostoa johdettaessa mukana on myös verkoston historia. Johtajan on samanaikaisesti kyettävä suuntaamaan verkoston toimintaa tulevaisuuteen ja osattava hankkia ja käyttää sellaista tietoa, joka tukee toiminnan suunnittelua ja linjauksia. Johtajan odotetaan myös koordinoivan verkoston sisäisiä ja ulkoisia tavoitteita. Tätä kuvattiin aiemmin kuvion 7 yhteydessä hajanaisuuden ja vastakkainasettelun paradoksien haasteina. Jos verkoston tiedon tuottamista ja käyttämistä tukevat toimintatavat tiedostetaan, myös verkoston johtajan työ helpottuu (kuvio 8).



Kuvio 8. Verkoston johtamisen ulottuvuudet ja verkostonjohtajan roolit (mukailtu teoksista Niiranen 1994, Virtanen & Wennberg 2005).

Verkoston johtamiseen kohdistuu samaan aikaan useita odotuksia, jotka saattavat olla jopa täysin vastakkaisia. Johtajan on osattava tunnistaa verkoston ja sen osien historia ja nykytilanne sekä verkoston ja sen eri osien tavoitteet ja tulevaisuus. Lisäksi hänen on tunnistettava verkoston yhteisyyden rakentamisen, välittäjän ja suunnannäyttäjän tehtävät ja yhdistettävä ne osaksi johtamista.

Asiantuntijoiden verkostot ja muuttuva johtaminen

Asiantuntijatiedon merkitys voimistuu sosiaali- ja terveyspalveluissa kuten muussakin työelämässä. Samalla eri ammattialojen ja ammatillisten tehtävien sisällä olevat ammatilliset profiilit erilaistuvat ja eriytyvät toisistaan. Samojenkin ammattikuntien sisälle muodostuu erilaisia perus- ja erityisosaamista edellyttäviä tehtäviä ja niitä vastaavia ammattinimikkeitä. Yhteistyötä tehdään sekä eri ammattien että eri organisaatioiden kesken, ja eri organisaatiot saattavat muodostaa ketjuja, joissa eri osat vastaavat kokonaisuuden eri osista. Yhä useammin muodostetaan myös sellaisia palveluita, jotka eivät rajoitu vain sosiaali- ja terveyspalveluihin vaan koostuvat monimuotoisista hyvinvointia ja elämänhallintaa tukevista toimin-

noista. Nimikkeinä voivat olla erilaiset elämänhallintapalvelut, lasten ja perheiden kokonaisvaltaiset palvelut tai ihmisen elämänkaaren mukaisesti muodostetut palvelukokonaisuudet.

Yksi syy toiminnan ja palvelujen verkostojen muodostamiseen on organisaatiorakenteiden ja johtamisjärjestelmien uudistamisen ohella se, että yhä harvempia asioita voidaan ratkaista vain yhden asiantuntijaryhmän voimin tai vain yhdessä organisaatiossa. Kunnan perustehtävä on esimerkiksi edistää kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on laaja ja monipuolinen tehtävä, joka kattaa kunnan koko toiminnan ja myös monet aiheeseen liittyvät toimintaverkostot. Asukkaiden hyvinvointi edellyttää, että kunnan kaikki sektorit ja myös kunnan ulkopuoliset organisaatiot toimivat tämän saman tavoitteen suuntaisesti. Maakunnallisesti järjestettävillä sosiaali- ja terveyspalvelulla tulee edelleen olemaan keskeinen asema tässä tehtävässä. Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelurakenteet tuovat alan henkilöstölle uudenlaisia, moniammatillisen ja entistä laajemman verkostomaisen toiminnan mahdollisuuksia. Uudistukset edellyttävät myös moniammatillisten verkostojen johtamisessa uudenlaista osaamista ja myös kykyä nähdä yli omien aikaisempien toimintatapojen ja toimintarajojen.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden organisaatiot ovat yhtä aikaa monessa roolissa. Ne ovat osa julkishallinnon toimintaa, osa valtion antamien lakisääteisten vastuiden toteuttamista ja erityisesti julkisten palvelujen osalta myös osa alueellisen ja valtakunnallisen demokraattisesti ohjatun palvelutoiminnan kenttää. Tämä moninaisuus kertautuu, kun kyse on verkostojen johtamisesta, sillä kullakin verkoston osaorganisaatiolla saattaa olla omat tavoitteensa, tausta- ja hallinto-organisaationsa ja oma toimintapolitiikkansa. Verkostojen johtaminen edellyttää ja myös tuottaa aina organisaatioiden välistä aktiivisuutta, jolloin yksinomaan organisaatioiden sisäisiin suhteisiin keskittyvä johtamistapa ei enää riitä. Verkostojen johtamiseen vaikuttavat yleensä useat erilaiset tavoitteet ja toimintatavat, jotka saattavat olla toisilleen vastakkaisia. (Niiranen ym. 2011, 168–169; Silvia & McGuire 2010.)

Avoimuus on verkoston johtamisen avaintekijä. Tässä luvussa kuvattu verkoston eri osien ympäristöön liittyvän hajanaisuuden ja vastakkaisten tai ristikkäisten odotusten ymmärtäminen auttaa ymmärtämään myös

verkoston johtamiseen liittyviä paradokseja. Deliberatiivista eli neuvottelevaa johtamista pidetään usein tehokkaana tapana luoda yhteistyötä verkoston eri osien kesken. Olennaista on tunnistaa se, miksi yhteisen, kollaboratiivisen toiminnan käytännöt ovat verkoston johtamisessa tärkeitä, ja kuinka ne edistävät koko verkoston tavoitteita.

Keskeistä:

- Asiantuntijoiden verkostot monimuotoistuvat. Samankin palvelun tai toiminnan piirissä voi olla useita erilaisia organisaatioita ja eri ammattiryhmiä. Johtajan on tarkoituksenmukaista arvioida verkostoihin osallistumisen merkitystä sekä oman organisaation perustehtävän ja toiminnan kehittämisen näkökulmasta, että verkoston toimintaan sisältyvän lisäarvon näkökulmasta.
- Näissä tilanteissa johtajat kohtaavat myös eri ammattiryhmien omat, johtamiseen ja johtajan professio-osaamiseen kohdistuvat odotukset.
- Verkoston johtamisen jännitteet syntyvät sekä verkoston sisällä, esimerkiksi eri ammattiryhmien välisissä suhteissa, että verkoston ja sen eri organisaatioiden ulkopuolelta tulevista toimintaan kohdistuvista odotuksista.
- Eri tasoilla työskentelevät johtajat näkevät verkostojen sisäiset onnistumisen kokemukset, mutta myös toimintaan kohdistuvat odotukset ja jännitteet. Johtajat sovittavat yhteen verkoston eri osien monimuotoisuutta ja tukevat näin myös verkoston jäsenten keskinäistä yhtenäisyyttä.
- Hajautettuna toimivien organisaatioiden ja niistä muodostuvien verkostojen toimintaan voi kohdistua sekä organisaatioiden ja verkostojen sisältä että niiden ulkopuolelta erilaisia, samansuuntaisia tai toisilleen vastakkaisia odotuksia. Johtajien tehtävänä on tunnistaa myös erilaiset näkyvät tai piiloisemmatkin toimintaan kohdistuvat ohjauksen muodot ja mekanismit. Johtajat edistävät myös tiedon kulkua verkostossa ja eri verkostojen välillä. Monimutkaisissa verkostoissa valta ja johtaminen eivät aina ole näkyviä.

7
Organisaatiomuutosten johtaminen

Helena Taskinen

"You cannot understand a system until you try to change it."

Kurt Lewin (1948)

Organisaatiomuutokset ja niiden johtaminen ovat arkipäivää myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Monet viime vuosien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistämiset ovat esimerkkejä laajoista, syvällisistä ja siten vaikeasti toteuttavista ja johdettavista muutoksista. Yleisinä ilmiöinä organisaatiomuutokset ja niiden johtaminen ovat olleet suosittuja teemoja myös alan kirjallisuudessa ja tutkimuksessa erityisesti 1980-luvulta lähtien. Aihepiiristä on kehitetty lukuisia kuvailevia, selittäviä, ymmärtämään pyrkiviä, tulkitsevia ja muuttamaan pyrkiviä normatiivisia malleja ja

teorioita. Niitä esitellään tämän luvun alkuosassa. Sen jälkeen tarkastellaan organisaatiomuutoksen johtamisen oikeudenmukaisuutta, joka on muutosjohtamisen keskeinen eettinen periaate.

Organisaatiomuutosten käsitteellistämistavat ja luokitukset

Muutospuhe on levinnyt laajalle nyky-yhteiskunnassa. Siinä muutosta luonnehditaan usein jatkuvaksi ja vaikutuksiltaan dramaattiseksi. Työelämässä muutosmyönteisyydestä on tullut jopa normi (esim. Koivumäki 2008, Juuti & Virtanen 2009). Pekka Mattila (2006) toteaa, että muutosjohtaminen on ollut vuosituhannen vaihteen suuri ”johtamis-ismi”. Muutokselle käsitteenä ei ole täsmällistä määritelmää sen luonteen ja sovellutusalueiden laajuuden vuoksi. Kuten Juha Vartola (2006, 52–53) toteaa, yleismerkityksellisyytensä vuoksi muutoksen täsmällinen määrittely ei ole edes tarpeen. Vartolan mukaan muutos on minkä tahansa ilmiön rakenteen, olemuksen tai piirteen määrällistä tai laadullista siirtymistä jonain hetkenä jostakin tilasta toiseen, olipa kyseessä edistyminen tai taantuminen (myös Nyholm 2008, 54–55).

Organisaatiomuutos on yksinkertaisimmillaan määritelty uudeksi tavaksi organisoida ja tehdä työtä (Dawson 2003, 11). Organisaatiomuutoksia on määritelty, kuvattu ja tyypitelty monien ominaisuuksien mukaan. Yleisimmät niistä on koottu taulukkoon 9.

Taulukko 9. Organisaatiomuutosten kahdeksan keskeistä ulottuvuutta ja niiden ääripäiden kuvaamat muutoksen piirteet.

Ulottuvuudet	**Ulottuvuuksien ääripäiden piirteet**	
1. Suunniteltu, suunnittelematon	Suunniteltu, ohjattu tai johdettu	Suunnittelematon: sopeutumista, mukautumista esim. organisaation ympäristön muutoksiin, spontaani
2. Aloitteen tekijä	Organisaation ulkopuolelta	Organisaation sisältä
3. Ohjauksen suunta (liittyy läheisesti aloitteen tekijään)	Ylhäältä aloitettu, ohjattu tai johdettu (top-down)	Alhaalta aloitettu, ohjattu tai johdettu (bottom-up)
4. Pakotteisuus–vapaaehtoisuus	Pakotettu	Omaehtoinen tai vapaaehtoinen
5. Koko, laajuus, merkityksellisyys	Suuri, laaja, merkityksellinen	Pieni, suppea, vähämerkityksinen
6. Syvyys	Syvällinen, koska myös organisaation syvärakenteet eli kulttuurit muuttuvat (paradigmaattinen)	Pinnallinen, koska organisaation syvärakenteet eivät muutu; ei-paradigmaattinen
7. Aikajänne, kesto	Ajallisesti rajattu ja vaiheittainen; selkeä alku ja loppu	Jatkuva, prosessi
8. Osapuolten asema tai keskinäinen suhde organisaatioiden yhdistämisissä	Epätasa-arvoinen: alisteinen tai hallitseva	Tasa-arvoinen, tasavertainen

Suunniteltua, ohjattua tai johdettua muutosta on tietoisesti ohjattu, ja se on voinut alkaa organisaation sisä- tai ulkopuolelta. Sen vastakohta on suunnittelematon, ohjaamaton tai johtamaton muutos, joka on mukautumista tai sopeutumista yleensä organisaation ympäristön muutoksiin tai muihin ulkoisiin muutoksiin.

Organisaation kehittäminen (organizational development, OD) on esimerkki suunnitellusta, johdetusta ja ylhäältä ohjatusta muutoksesta. Esimerkiksi Beckhard (1969) kuvaa organisaation kehittämistä suunnitelluksi

ja ylhäältä ohjatuksi pyrkimykseksi parantaa organisaation tuloksellisuutta ja henkilöstön hyvinvointia. Näin määriteltynä sen erona ulkoa ohjattuun muutokseen nähden ovat muutosagentti ja interventiot eli tietoiset toimenpiteet muutoksen aikaansaamiseksi, selkeä aloitus ja lopetusajankohta (ei siis jatkuva muutos) sekä selkeä tavoite eli organisaation tuloksellisuuden ja henkilöstön hyvinvoinnin parantaminen (Grieves 2000, Oswick ym. 2005). Organisaation kehittämisen ongelmiksi on mainittu normatiivisuus ja oletus siitä, että vain yksi muutosmalli lisää organisaation tuloksellisuutta ja henkilöstön hyvinvointia.

Suunniteltua muutosta on nimitetty myös reformiksi. Esimerkiksi Vuokko Niiranen (2006) kuvaa reformia aktiiviseksi, tietoiseksi ja tavoitteelliseksi uudistamiseksi. Yleensä muutos ymmärretään uudistusta laajemmaksi, siten että se sisältää sekä tietoisia uudistuksia että organisaation ja sen toimijoiden mukautumista esimerkiksi ympäristön muuttumiseen. Uudistus voidaan siis katsoa muutoksen yhdeksi muodoksi eli tietoisesti suunnitelluksi tai aikaansaaduksi. Toisin kuin muutos uudistus on usein sävyltään myönteinen. Viime vuosikymmeninä sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat yleistyneet erityisesti laajat ja syvälliset organisaatiorakenteen muutokset, kuten organisaatioiden yhdistämiset (Taskinen ym. 1995, Vartiainen 1996, Rintala ym. 1997, Laakso & Möttönen 2000, Taskinen 2005).

ESIMERKKI **Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (HUS) perustaminen**

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (HUS) perustaminen vuoden 2000 alussa on esimerkki suuresta rakenteellisesta organisaatiomuutoksesta terveydenhuollossa. Muutos oli suunniteltu ja ohjattu poliittisella päätöksenteolla organisaation ulkopuolelta. Se oli ylhäältä ohjattu ja pakotteinen. HUS-muutos oli myös laaja, syvällinen ja perustava muutos tai organisaation muunnos, ja se oli lajissaan maamme erikoissairaanhoidon laajin koskaan tehty muutos. Esimerkiksi muutoksen aikoihin HUS:ssa oli noin 20 000 työntekijää. Näin suurten muutosten johtaminen ja hallittu eteneminen asettavat erityisiä johtamiseen liittyviä vaatimuksia.

HUS-muutoksen ulottuvuudet ja piirteet

Organisaatiomuutoksen ulottuvuudet	HUS-muutoksen tunnusomaiset piirteet
Aloitteen teko ja ohjauksen suunta	Organisaation ulkopuolelta aloitettu ja ylhäältä ohjattu (top - down)
Suunnitelmallisuus	Suunniteltu ja johdettu
Koko tai laajuus	Suuri, laaja, merkityksellinen
Syvyys–pinnallisuus	Syvällinen: myös organisaation syvärakenteet eli kulttuuri muuttuvat
Pakotteisuus – vapaaehtoisuus	Pakotettu: aloite ja ohjaus organisaation ulkopuolelta kuntapäättäjiltä
Aikajänne	Ajallisesti rajattu ja vaiheistettu
Toteuttamistapa	Yhteistoiminnallinen ja yhteistyössä toteutettava

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhdistymistä arvioivassa tutkimuksessa (2000–2003) hankittiin seurantatietoa HUS-muutoksen etenemisestä (Kinnunen & Lindström 2005, Taskinen 2005). Tarkoituksena oli selvittää, miten suuri erikoissairaanhoidon rakenteellinen ja toiminnallinen uudelleenorganisointi onnistui organisaation toimivuuden, johtamisen ja henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmista. Seurantatutkimuksen kohteina olivat kaikki HUS-yhtymän toimialat ja koko henkilöstö. Tulosten mukaan HUS-kuntayhtymän muodostaminen oli henkilöstölle suuri, jatkuvasti etenevä ja syvenevä muutos. Vastaajat ilmoittivat, että seurantavaiheessa heidän työssään ja toimintaympäristössään tapahtui jopa enemmän muutoksia kuin siirtymävaiheessa.

Kielteisiä muutoskokemuksia selittivät kaikissa henkilöstöryhmissä muutoksen suuruus ja nopeus sekä kehittymismahdollisuuksien vähäisyys. Kielteisten arvioiden taustalla oli erityisesti heikoksi arvioitu muutosprosessin hallinta ja heikko osallistuminen. Osalle henkilöstöä muutoksen perussävy oli myönteinen, koska se tarjosi uusia haasteita ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia. Vastaajien näkemysten erot olivat tulosalueiden ja -yksikköjen kesken huomattavat.

Henkilöstö kritisoi myös muutosjohtamista. Organisaatioiden yhdistämiset ovat erityisen herkkiä oikeudenmukaisuuden arvioinneille ja epäoikeudenmukaisuuden kokemuksille. Tämä koski myös HUS:n organisaatioiden yhdistämistä. Epäoikeudenmukaisuuden kokemusten keskeisiä aiheuttajia olivat voimavarojen jakopäätökset, menettelytavat ja henkilöstön eriarvoinen kohtelu. Vastaajat kritisoivat myös muutoksen suunnittelua ja tiukkaa aikataulua. Viestintään tyytyväiset hoitajat ja lääkärit kokivat, että he saivat riittävästi tietoa muutoksesta, ja olivat sitoutuneita organisaatioon. Kokonaisuutena hanke lisäsi tietoa ja ymmärrystä terveydenhuollon organisaatioiden yhdistämisen haasteista sekä laajojen muutosten logiikasta ja onnistumisen edellytyksistä. (ks. Kinnunen & Lindström 2005, Taskinen 2005, Turpeinen 2011.)

ESIMERKKI

Maaningan, Nilsiän ja Siilinjärven sosiaali- ja terveystoimien yhdistäminen

Terveydenhuollon henkilöstövoimavarat ja muutoksen johtaminen -tutkimus- ja kehittämisprojektin (MUJO, 2009–2012) yhtenä tutkimuskohteena on kolmen pohjoissavolaisen kunnan (Maaningan, Nilsiän ja Siilinjärven) vuoden 2010 alussa toteutetun organisaatiomuutoksen seuranta. Organisaatiomuutoksessa kyseisten kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistettiin Siiliset-yhteistoiminta-alueeksi, jossa kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään yhteistyössä kunnallisessa liikelaitoksessa Siilinjärven toimiessa isäntäkuntana.

Vuoden 2009 joulukuun lähtötilanteen tulosten mukaan henkilöstö suhtautui Siiliset-yhteistoiminta-alueen perustamiseen lähinnä neutraalin myönteisesti. Se oli halukas ottamaan vastaan uusia ja erilaisia työtehtäviä. Myös henkilöstön huoli tai epäily muutoksen vaikutuksista oli kuitenkin ilmeinen. Siilisetin asiakasvaikutuksiksi henkilöstö ennakoi palvelun laadun paranemista, kuten palvelujen saatavuuden varmistumista ja haavoittuvuuden vähenemistä. Kielteisiksi vaikutuksiksi taas ennakoitiin asiointimatkojen pidentyminen, palvelujen laadun notkahtaminen käynnistymisvaiheessa sekä palvelupisteiden määrän ja aukioloaikojen supistaminen. Oman työn ja työyksikön näkökulmasta vastaajilla oli Siilisetin perustamiseen myös myönteisiä odotuksia, kuten oman työn kehittämismahdollisuuden paraneminen ja työn sisällön laajeneminen, joskin työmäärän ennakoitiin kasvavan.

Henkilöstö arvioi myös kuntien näkökulmasta Siilisetin vaikutukset enimmäkseen myönteisiksi. Eduiksi se katsoi erityisesti erikois- ja erityisosaamisen aikaisempaa paremman hyödyntämisen ja yhteistyön lisääntymisen yksityisten tuottajien kanssa. Keskeisiksi muutoksen edistäjiksi henkilöstö totesi kuntien yhteistyön, joskin se piti onnistumisen esteenä kuntien tavoitteiden ja lähtökohtien erilaisuutta. Organisaatiomuutoksen johtamista henkilöstö arvioi moninaisesti. Muutosta koskevan tiedottamisen henkilöstö koki enimmäkseen riittäväksi, avoimeksi ja rehelliseksi. Lisätietoa kuitenkin kaivattiin erityisesti organisaatiomuutoksen lähtökohdista, perusteista ja perusperiaatteista sekä sen vaikutuksista työyksikköihin ja työhön. Henkilöstö kritisoi vähäisiä mahdollisuuksiaan osallistua muutoksen suunnitteluun. Muutosprosessin seuranta-aineisto koottiin syksyllä 2011. Muutokseen suhtautuminen oli seuranta-aikana muuttunut neutraalin myönteisestä neutraalin kielteiseksi. Myös muutoksen asiakasvaikutuksia arvioitiin lähtötilanteessa myönteisemmin kuin mitä kokemukset seurantavaiheessa osoittivat. Erityisesti asioiden

hoidon vaikeutuminen, asiointimatkojen pidentyminen sekä palvelujen saatavuus ja joustavuus olivat kritiikin kohteina. Myönteisinä asiakasvaikutuksina koettiin työntekijöiden asiantuntemuksen monipuolistuminen ja yksilön tietosuojan parantuminen. Oman työn näkökulmasta 2009 ennakoidut myönteiset vaikutukset olivat osin myös toteutuneet: työn kehittämismahdollisuuksien koettiin lisääntyneen ja työn sisällön laajentuneen. Kuitenkin työmäärä oli lisääntynyt selvästi oletettua enemmän eikä uusia toimintatapoja ollut kehittynyt oletetussa määrin. Vuonna 2009 muutoksen johtamista arvioitiin melko myönteisesti, mutta seurantavaiheessa näkemykset tiedotuksen määrästä ja laadusta sekä muutokseen osallistumisen mahdollisuudesta olivat lähtötilannetta kriittisempiä.

Muutoksen koko tai laajuus ja syvyys sekä niistä riippuva muutoksen merkityksellisyys ovat keskenään yhteydessä. Syvässä muutoksessa virallisen rakenteen lisäksi muuttuvat myös organisaation syvärakenteet eli organisaation kulttuuri osakulttuureineen (Kinnunen 1990, ks. lisää luku 8). Syvällistä, suunniteltua tai ohjattua organisaation muutosta nimitetään myös organisaation muunnokseksi (organizational transformation, OT, esim. Porras & Silvers 1991). Aikajänteen perusteella on eroteltu rajattu, vaiheittainen ja jatkuva organisaatiomuutos (Weick & Quinn 1999). Organisaatioiden yhdistämisessä tärkeä ominaisuus on osapuolten aseman tasavertaisuus.

Organisaatiomuutoksen kaksi pääkuvaustapaa

Organisaatiomuutosten käsitteellistämistavoissa on vallalla ainakin kaksi pääsuuntausta tai paradigmaa. Vanhempi lähestymistapa on syntynyt funktionalismin pohjalta. Organisaatiomuutosten ja muutosjohtamisen tutkimusperinteessä funktionalistinen paradigma on ollut hallitseva lähestymistapa jo 1950-luvulta lähtien. Uudempi käsitteellistämistapa ja näkökulma taas on kehittynyt sosiaalisen konstruktionismin pohjalta, ja se

on voimistunut 1990-luvulta lähtien (Pettigrew ym. 2001). Taulukossa 10 verrataan näitä kahta organisaatiomuutoksen kuvaamistapaa niiden keskeisten ominaisuuksien mukaan. Vastaavia eroavia käsitteellistämistapoja strategiasta ja johtamisesta esiteltiin luvuissa 2 ja 4.

Taulukko 10. Organisaatiomuutosten vanhempi (funktionaalinen) ja uudempi (diskursseja painottava) lähestymistapa (Soveltaen Oswick ym. 2005, ks. myös Talja 2006).

Ominaisuudet	Vanhempi lähestymistapa	Uudempi lähestymistapa
Lähestymistapa muutokseen	Organisaatiotaso, laaja, keskitetty, ylhäältä alas	Mikrotaso, paikallinen, pieni, hajautettu, alhaalta ylös
Toimintaympäristö	Melko vakaa ja ennustettava	Pyörteinen ja nopeasti muuttuva
Keskeiset toimijat	Johtajat, muutosagentit, konsultit ja muut asiantuntijat	Kaikki jäsenet: johtajat, lähijohtajat ja työntekijät
Prosessiluonne	Irrallinen, erillinen, päämääräsuuntautunut, alku ja loppu havaittavissa	Jatkuva, yllätyksellinen, prosessi
Painotus	Ongelmat (ongelmien tunnistaminen ja ratkaisu)	Myönteiset ja toimivat asiat, arvostava ja ymmärtävä ote (toimivien asioiden tunnistaminen ja vahvistaminen)
Kohde	Konkreettiset kohteet, esim. työjärjestelyt ja toimintarakenne	Abstraktit, vaikeasti määriteltävät ja aineettomat kohteet, esim. organisaation imago ja identiteetti
Ensisijaista	Todellisen muutoksen johtaminen	Muutosretoriikan johtaminen
Strategia	Reagoiva ja vähittäinen	Ennakoiva ja kasvava

Funktionaalinen paradigma kuvaa organisaatiomuutoksen rationaaliseksi, lineaarisesti eteneväksi sekä selvästi määriteltäväksi ja tunnistettavaksi kohteeksi tai asiaksi (Ford 1999). Tässä lähestymistavassa organisaatiomuutos kuvataan yleensä vaiheittain eteneväksi ja vaiheita erotetaan tavallisesti kolme tai neljä. Esimerkiksi klassinen ja yleisesti käytetty Kurt

Lewinin (1947) kolmivaiheinen malli sisältää 1) sulatus- eli muutosvalmiuden vaiheen, johon kuuluu tasapainotilan purkaminen tai järkkyminen, 2) varsinaisen muutos- tai siirtymävaiheen, johon kuuluu uuden organisaation, toimintatavan tai tilanteen luominen, ja 3) muutoksen jäädyttämisen tai kristalloitumisen vaiheen, joka kattaa uusien normien, toimintarakenteiden tai -tapojen vakiinnuttamisen. Nelivaiheiset muutosmallit sisältävät esimerkiksi tarve-, suunnittelu-, toteutus- ja vakiinnuttamisvaiheet eli uuden toiminnan juurruttamisen organisaatioon. Taulukossa 11 vertaillaan muutoksen vaiheistuksia alkaen Lewinin kolmevaiheisesta ja päätyen Jupon (2005) kymmenvaiheiseen malliin. Useimmat vaihemallit pohjautuvat Lewinin malliin siten, että monivaiheisetkin mallit on mahdollista palauttaa kolmivaiheisiksi.

Esimerkiksi Virpi Jupon (2005) kuvaama muutoksen johtamisen vaihemalli voidaan esittää myös kolmivaiheisena (taulukko 11). Tällöin ensimmäinen vaihe sisältää muutoksen valmistelun, suunnitelmien laatimisen, resurssien varmistamisen, henkilöstön sitouttamisen, viestinnän, motivoinnin ja kannustamisen. Toisessa vaiheessa keskeisiä ovat muutoksen toteuttaminen ja ohjaus. Kolmanteen vaiheeseen taas kuuluvat seuranta, muutoksen vakiinnuttaminen ja juurruttaminen, uudelleenarviointi ja palautteen anto. Osa muutoksen vaihemalleista (esim. Kotter 1996) on laadittu muutoksen toteuttajille ohjeiksi estää muutoksen epäonnistuminen, eli ne ovat toimintaa ohjaaviksi tarkoitettuja normatiivisia malleja. Lawrencen ja Lorschin (1969) sekä Jupon taulukossa 11 esitettyjen mallien sisältämät toiminnot kuvaavat samalla muutosjohtamisen sisältöä tehtävinä.

Taulukko 11. Organisaatiomuutoksen neljä vaihemallia.

Lewin 1947	Lawrence & Lorsch 1969	Kotter 1996	Juppo 2005
Sulatusvaihe (Unfreezing)	Diagnoosi (Diagnosis)	1. Muutoksen välttämättömyyden perustelu 2. Muutosta ohjaavan vahvan ryhmän perustaminen 3. Muutosvision laadinta 4. Muutosvisiosta tehokas tiedottaminen	1. Muutoksen valmistelu 2. Suunnitelmien laatiminen 3. Resurssien varmistaminen ja valtuuttaminen 4. Sitouttaminen, viestintä ja motivointi 5. Kannustaminen ja inspirointi
Muutosvaihe (Moving, Changing)	Toteutus (Implementation)	5. Henkilöstön valtuuttaminen muutosvision mukaiseen toimintaan 6. Lyhyen aikavälin onnistumisten suunnittelu ja varmistaminen 7. Parannusten vahvistaminen ja uusien muutosten synnyttäminen	6. Muutoksen toteuttaminen ja ohjaus
Jäädyttämis- (Refreezing) tai kristalloitumisvaihe (Crystallization)	Arviointi (Evaluation)	8. Uusien toimintatapojen vakiinnuttaminen eli juurruttaminen käytäntöön	7. Valvonta ja seuranta 8. Vakiinnuttaminen 9. Juurruttaminen työyhteisöön 10. Uudelleenarviointi ja palaute

Tutkijat ovat kritisoineet muutoksen vaihemalleja, erityisesti Lewinin mallia, todellisuuden yksinkertaistamisesta ja mekaanisuudesta sekä siitä, että ne edustavat lähinnä ylhäältä aloitettua ja ohjattua, johtajavetoista muutosta ja sopivat asteittain eteneviin ja rajattuihin mutteivät syvällisiin ja radikaaleihin muutoksiin (mm. Burnes 2004). Toisaalta esimerkiksi Bernard Burnes (2004) toteaa, ettei Lewinin vaihemallin tarkoitus ole alkuaan ol-

lut kuvata organisaatioiden vaan ryhmien käyttäytymisen muutosta. Hänestä Lewiniä on tulkittu kapeasti, joten tältä osin kritiikki on aiheeton.

Funktionaalisen paradigman rinnalle on kehittynyt 1980-luvulta lähtien sosiaalisen konstruktionismin pohjalta uusi näkökulma organisaatiomuutoksiin ja niiden johtamiseen (Pettigrew ym. 2001). Tämä lähestymistapa korostaa, että organisaatiomuutoksessa ja sen johtamisessa keskeistä on moniääninen ja monimuotoinen diskurssi. Kuten edellä todettiin, funktionaalinen koulukunta ymmärtää sen sijaan organisaatiomuutoksen selvästi määriteltäväksi, tunnistettavaksi kohteeksi tai asiaksi (Ford 1999). Uudemman lähestymistavan mukaan organisaation jäsenet rakentavat muutoksen vuorovaikutustilanteissa, joissa sitä myös pidetään yllä, tulkitaan, välitetään ja ymmärretään puheen eli kielen, keskustelun ja kielikuvien avulla moniäänisesti ja monimerkityksisesti (esim. Juuti 2001, Oswick ym. 2005, Marshak & Grant 2008, Whittle ym. 2010).

Uudemman tulkinnan mukaan organisaatiomuutokset ovat monimutkaisia ja -ulotteisia ja etenevät syklisesti sekä yllätyksellisesti. Lisäksi ne ovat usein nopeita ja syvällisiä, minkä vuoksi niiden tarkka suunnittelu ja aikataulutus on vaikeaa tai jopa mahdotonta. Tällaisia muutoksia on vaikea ohjelmoida etukäteen tarkasti, eikä niiden tarkastelu voi olla mekaanista ja todellisuutta yksinkertaistavaa. Uudemman näkemyksen mukaan jopa suunniteltu muutos on enemmän tai vähemmän kaoottinen ja se sisältää yllättäviä muutoksia ja muuttuvia tavoitteita (mm. Cummings & Worley 1993, Lanning 2001). Kuten Pauli Juuti ja Petri Virtanen (2009) toteavat, organisaatiomuutokset eivät ole yksinomaan loogisia, lineaarisia ja kausaalisesti eteneviä vaan monimutkaisia, usein sekavia, epäloogisia ja ristiriitaisia prosesseja. Funktionaalisen lähestymistavan muutosvaiheiden luokitukset eivät siis enää riitä. Kritiikistä huolimatta vaihemallit muutosten käsitteellistämisen välineinä helpottavat niiden ymmärtämistä, analysointia ja suunnittelua.

Organisaatiomuutoksen johtaminen

Myöskään muutosjohtamisesta ei ole selkeää tai yksiselitteistä määritelmää eikä yhtä oikeaa tapaa, vaikka on tunnistettu, että muutoksen tyyp-

pi, kuten laajuus ja syvällisyys, vaikuttaa johtamiseen. Tiivistetysti voidaan todeta, että mitä suurempi, laajempi tai syvällisempi muutos on, sitä haasteellisempaa sen johtaminen on (vrt. esim. kokouskäytännön muutos, tietojärjestelmän käyttöönotto, organisaatioiden integrointi tai perustoimeentulotuen siirtäminen Kelalle).

ESIMERKKI	**Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmämuutosten johtaminen**

Tietojärjestelmämuutokset toteutetaan joko itsenäisesti tai organisaatioiden yhdistämisten yhteydessä. Organisaatioiden yhdistämisissä muuttuvat tietojärjestelmien lisäksi työkäytännöt ja osaamisvaatimukset, mikä asettaa suuria haasteita muutosten johtajille ja tietojärjestelmäasiantuntijoille: Miten onnistua silloin, kun organisaation jäsenet kohtaavat samanaikaisesti useita muutoksia? (Turpeinen & Taskinen 2005.)

Sairaalaorganisaatioita yhdistäneessä HUS-muutoksessa ensimmäisiä konkreettisia toimenpiteitä oli yhdistettävien organisaatioiden erilaisten tietojärjestelmien yhteensovittaminen. Yksi osatutkimus selvitti, miten henkilöstö asemoitui tietojärjestelmämuutoksissa ja mitä näiden muutosten hallittu toteuttaminen siltä edellytti (Turpeinen & Taskinen 2005). Tulosten mukaan työntekijät arvioivat kriittisesti tietojärjestelmien muutoksia ja kokivat, että ne lisäävät heidän työnsä kuormittavuutta. Lisäksi he arvioivat, etteivät heidän voimavaransa riitä kasvaneisiin vaatimuksiin vastaamiseen. Suunnittelijoiden ja johtajien tulisi tietojärjestelmämuutoksissa ottaa huomioon seuraavat tekijät:

– Käyttäjille on varattava riittävästi aikaa ja resursseja muutokseen.
– Tietojärjestelmämuutosten tekninen toimivuus tulee testata ajoissa ennen käyttöönottoa.
– Tukijärjestelmistä sekä riittävästä ja oikein ajoitetusta koulutuksesta tulee huolehtia.
– Tietojärjestelmien asiantuntijoiden ja käyttäjien yhteistyön kehittäminen on mahdollistettava.
– Tarvitaan jatkuva tiedottamisen, keskustelun ja kehittämisen foorumi, jossa voi käsitellä tietotekniikan ja -järjestelmien kysymyksiä, ongelmia ja mahdollisia jännitteitä ja työstää parannusehdotuksia ja ideoita.

Myös Hannele Rahkonen (2007) on tutkinut sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönottoa suomalaisessa sairaanhoitopiirissä muutoksen johtamisen näkökulmasta. Hän kokosi aineiston haastattelemalla lähijohtajia ja sairaanhoitajia. Tulosten mukaan tärkeitä olivat 1) lähijohtajan tuki ja asenne muutokseen, 2) muutoksen suunnittelu, 3) tuki- tai yhdyshenkilöiden rooli, 4) koulutus sekä 5) tiedotus ja mahdollisuudet osallistua muutokseen. Vastaajat olivat saaneet liian vähän koulutusta. Erityisesti he kaipasivat vieriopetusta, käytännön harjoittelua ja aikaa opetteluun (ks. myös Nissilä 2002). Rahkosen (2007) tutkimuksessa kielteisemmin muutokseen suhtautuivat iäkkäät työntekijät, mikä johtui siitä, että heillä oli vähemmän kokemusta tietokoneen käytöstä. Muutos aiheutti henkilöstössä myös pelkoa. Uuden tietojärjestelmän käyttöönoton onnistumisessa ratkaiseviksi asioiksi on arvioitu käyttöönoton organisointi sekä toiminnan muutoksen hahmottaminen ja toteuttaminen (Hyötyläinen 1998).

Funktionalismiin perustuvassa muutosjohtamisen kirjallisuudessa korostetaan, että johtajalla on suuri merkitys muutosten onnistumisen kannalta. Uudemmassa lähestymistavassa taas korostetaan johdon muutospuheita eli kieltä muutosten toteutuksen ja ohjaamisen strategisena keinona, jolla johto pyrkii vaikuttamaan organisaation jäsenten ajatteluun ja toimintaan. Myös Pauli Juuti ja Petri Virtanen (2009) korostavat, että muutoksen johtaminen on jatkuvaa vuorovaikutusta ihmisten kanssa. Muutoksen johtaminen ja toteuttaminen asettaa johtajille kovia vaatimuksia muun muassa siksi, että muutos merkitsee eri asianosaisille eri asioita.

Muutosjohtamisen keskeisiä sisältöjä, osaamisalueita ja samalla onnistumisen edellytyksiä ovat tiedotus eli muutosviestintä sekä henkilöstön osallistuminen ja vaikuttaminen. Tiedottaminen ja tiedon saanti muutoksesta ovat siis työntekijöille tärkeitä. Tiedotuksen merkitys organisaatiomuutoksissa voidaan tiivistää seuraavasti:

Tieto

- antaa työntekijöille mahdollisuuden ennakoida tapahtumia ja suunnitella tulevaisuutta
- lisää tilanteen hallinnan tuntemusta ja monipuolistaa toimintamahdollisuuksia
- vähentää muutoksiin liittyvää epävarmuutta, epäselvyyttä ja huhuja
- lisää turvallisuuden tunnetta
- edistää myönteistä asennoitumista ja muuta myönteistä reagointia muutokseen
- lisää luottamusta muutokseen ja sen johtajiin
- lisää muutoksen ja sen toteuttamisen kokemista oikeudenmukaiseksi.

Christine Meyer (1996) tiivistää muutostiedotuksen määrää ja laatua koskevat vaatimukset seuraavasti:

1) Määrälliset vaatimukset: tiedotuksen on oltava jatkuvaa, säännöllistä, toistuvaa ja laajaa, ja siinä on käytettävä erilaisia kanavia.
2) Laadulliset vaatimukset: tiedotuksen on oltava realistista, selkeää, tarkkaa, rehellistä, avointa ja luotettavaa, eli lupaukset on täytettävä ja tiedotuksen ja käytännön on vastattava toisiaan.

Muutosten ennakoiduista vaikutuksista tulee tiedottaa mahdollisimman aikaisin. Tiedotuksen on oltava myös jatkuvaa muutoksen kaikissa vaiheissa. Muutostiedotuksessa korostetaan kaksisuuntaista vuorovaikutusta, koska se antaa työntekijöille mahdollisuuden ilmaista huolensa ja siten kysyä ja saada itselleen tärkeitä tietoja. Samalla se tarjoaa johtajille mahdollisuuden vastata. Kaksisuuntainen vuorovaikutus tarjoaa henkilöstölle myös osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksia ja antaa heille siten mukanaolon kokemuksen. Näin se vahvistaa henkilöstössä luottamusta.

Työntekijöiden osallistaminen ja osallistuminen organisaatiomuutoksen suunnitteluun ja toteutukseen on muutoksen onnistumiseksi tärkeää. Se paitsi antaa henkilöstölle mukanaolon ja vaikuttamisen mahdollisuuden myös tarjoaa muutoksen toteuttajalle tilaisuuden hyödyntää henkilöstön asiantuntemusta ja ammattitaitoa muutosten suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tämä on yhteydessä siihen, että henkilöstö kokee muutok-

sen haasteeksi ja oikeudenmukaiseksi, asennoituu siihen myönteisesti ja sitoutuu muutokseen. Tällöin myös henkilöstön epätietoisuus ja ahdistus vähenevät ja muutoksen hallinnan tunne ja luottamus tulevaisuuteen kasvavat. Työntekijöiden tulevaisuutta koskeva tiedotus on erityisen tärkeää, koska se tarjoaa vastauksia heitä askarruttavaan kysymykseen siitä, miten heille käy muutoksessa (esim. Schweiger & DeNisi 1991).

Uudemman lähestymistavan mukaan muutoksen johtaminen on lähinnä keskustelun, puheen ja muutoksen merkitysten johtamista. Tällöin tärkeitä ovat hyvät vuorovaikutus- eli ihmissuhde- ja yhteistyötaidot, sillä ne edistävät oikeudenmukaisuuden ja muiden eettisten periaatteiden toteuttamista.

Oikeudenmukaisuus – muutosjohtamisen keskeinen eettinen periaate

Johtamisessa on kyse vallankäytöstä ja arvovalinnoista, minkä vuoksi johtamiseen kuuluu myös eettisyyden arviointi (Ikola-Norrbacka 2010). Brownin tutkimusryhmän (2005, 120) mukaan eettinen johtaminen on yksilön toiminnassa ja vuorovaikutussuhteissa ilmenevää normatiivisesti sopivaa käytöstä ja työntekijöiden vastaavan käytöksen edistämistä käyttämällä kaksisuuntaista vuorovaikutusta, vahvistamista ja päätöksentekoa (ks. myös Sinkkonen & Laulainen 2010).

Eettisen johtamisen periaatteista erityisesti oikeudenmukaisuus on tärkeää, ja se korostuu muutosjohtamisessa. Edellä korostetut hyvän organisaatiomuutoksen johtamisvaatimukset eli tiedottaminen ja tietojen saanti muutoksesta sekä työntekijöiden osallistuminen ja vaikuttaminen muutokseen ovat siten tärkeitä myös siksi, että ne vaikuttavat muutosten oikeudenmukaisuuden kokemiseen (Daly & Geyer 1994, Lohrum 1996). Oikeudenmukaisuus on myös organisaatiomuutoksissa eniten tutkittu johtamisen eettinen periaate. Varsinkin laajat ja syvälliset organisaatiomuutokset ovat eettisesti haasteellisia johtamistilanteita erityisesti johtamisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta (Taskinen 2005, ks. myös Vakkala 2012).

Työelämän ja johtamisen oikeudenmukaisuutta on erityisesti 2000-luvulta lähtien tutkittu runsaasti. Oikeudenmukaisuutta on yleensä tarkas-

teltu kolmena erillisenä, mutta voimakkaasti toisiinsa liittyvinä ulottuvuuksina: 1) palkkioiden, etujen ja velvoitteiden jaon oikeudenmukaisuus (distributive justice), 2) päätöksentekoprosessien menettelytapojen oikeudenmukaisuus (procedural justice) ja 3) vuorovaikutuksen ja henkilöstön kohtelun oikeudenmukaisuus (interactional justice). Jotkut tutkijat ovat erottaneet vuorovaikutuksen ja kohtelun oikeudenmukaisuudessa kaksi tyyppiä. Toinen on edellä mainittu ihmisten kohtelun laatu, kuten kohteliaisuus, kunnioitus ja arvostus (interpersonal justice). Toinen taas koskee tiedon saantia (informational justice), jossa keskeistä ovat työntekijöille annetut selitykset ja perustelut siitä, miksi on käytetty tiettyä menettelytapaa tai tulosten jakotapaa (taulukko 12). Työntekijöille johtamisen oikeudenmukaisuus näyttäytyy esimerkiksi reiluna palkitsemisena, kuulluksi tulemisena, osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuutena, tiedon saantina sekä kunnioittavana ja rehellisenä kohteluna (esim. Folger & Cropanzano 1998, Romana ym. 2004).

Taulukko 12. Muutosjohtamisen oikeudenmukaisuus.

Oikeudenmukaisuuden lajit	**Oikeudenmukaisuuden kysymykset**	**Oikeudenmukaisuuden kriteerit**
Jakava	Voimavarojen jakopäätökset organisaatiomuutoksissa: – Miten ja millä perusteella organisaation aineelliset (esim. palkka, palkkiot, edut) ja aineettomat (mm. ammatillisen kehittymisen mahdollisuus, arvostus, palaute, valta) voimavarojen jakopäätökset tehdään ja voimavarat jaetaan muutoksissa, esim. organisaatioiden yhdistymisissä?	Voimavarojen jakoperusteita: – yksilön panostus – tasajako: kaikille saman verran – yksilön tarpeet Jaon oikeudenmukaisuuskriteereitä: – jakojen tasavertaisuus ja -arvoisuus – ei-sattumanvaraisuus
Menettelytavat	Organisaatiomuutoksia koskevat päätöksenteon menettelytavat: – Ovatko muutoksia koskevat menettelytavat ja perusteet voimavarojen jakopäätöksissä johdonmukaiset ja tasapuoliset ja kohdellaanko kaikkia samoilla periaatteilla? – Miten asianosaiset voivat osallistua, vaikuttaa ja tulla kuulluksi itseään koskevissa muutospäätöksissä? – Tehdäänkö muutoksia koskevat päätökset pätevän tiedon perusteella ja saako niiden perusteista halutessaan lisätietoa? – Miten muutospäätösten vaikutuksia seurataan ja niistä tiedotetaan? – Voidaanko huonoja muutospäätöksiä muuttaa?	Päätöksenteon menettelytapojen oikeudenmukaisuuskriteereitä: – edustavuus – johdonmukaisuus – puolueellisuuden tai jääviyden estäminen – jaettavan tiedon oikeellisuus – tietojen oikaistavuus – eettisyys

Vuoro-vaikutus (henkilöstön kohtelu)	Vuorovaikutus ja henkilöstön kohtelu muutospäätösten teossa ja niistä tiedottamisessa: – Kuinka henkilöstöä kohdellaan muutospäätöksiä tehtäessä ja niitä toimeenpantaessa? – Mitä ja miten muutospäätöksistä ja niiden perusteista tiedotetaan?	Vuorovaikutuksen oikeudenmukaisuuskriteereitä: – arvostava, kunnioittava, kohtelias ja ystävällinen kohtelu Muutostiedotuksen oikeudenmukaisuuskriteereitä: – avoimuus, rehellisyys ja asianmukaisuus – toimintatavan tai voimavarojen jakotavan käyttämisen perusteleminen

Työntekijöiden kokemus tiedon saannista, kuulluksi tulosta ja vaikuttamisesta on siis muutoksen oikeudenmukaiseksi kokemisen edellytys. Muutoksen hyväksymiseen ja siihen sitoutumiseen vaikuttaa ratkaisevasti se, kuinka oikeudenmukaista henkilöstön kohtelu on.

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto toimintaympäristöineen asettaa muutosten oikeudenmukaisuuden kokemiselle erilaisia rajoitteita kuin yksityiset organisaatiot. Kunnallisessa poliittis-hallinnollisessa järjestelmässä organisaatioiden rakenteen muutokset ja muut perustavat muutokset, esimerkiksi organisaatioiden yhdistämiset, tulevat poliittisilta päätöksentekijöiltä eli organisaation ulkopuolelta. Yrityksissä vastaavasti omistajien ja hallituksen merkitys muutospäätöksissä on keskeinen. Ne ovat siis henkilöstön näkökulmasta aina enemmän tai vähemmän pakotettuja. Henkilöstön mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa muutospäätöksiin tai muutosten suunnitteluun ovat siksi vähäiset. Oikeudenmukaisuuden toteutumisen näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden suuri koko, hierarkkinen rakenne ja ammattiryhmien kilpailevat intressit asettavat myös erityisiä muutosjohtamiseen liittyviä vaatimuksia.

Varsinkin laajoissa ja syvällisissä organisaatiomuutoksissa henkilöstön muutostietämyksen, osallisuuden ja yhteistyön varmistaminen on eettisyyden ja erityisesti oikeudenmukaisuuden kokemisen vuoksi tärkeää muutoksen onnistumiseksi. Henkilöstön yhteenkuuluvuuden, tasa-arvoisuuden, turvallisuuden tunteiden ja keskinäisen luottamuksen aikaansaami-

nen edistää henkilöstön sitoutumista muutokseen. Muutoksen vastustusta voi ehkäistä välttämällä luottamusta ja tulevaisuusodotuksia heikentäviä käytäntöjä (Mattila 2006). Muutoksen johtamisessa tarvitaan erityisesti ennakoivaa ja pitkäjänteistä luottamuksen rakentamista, jotta henkilöstö kokisi muutoksen johtamisen oikeudenmukaiseksi ja eettiseksi. Luottamuksen ja oikeudenmukaisuuden suhde on monitahoinen, sillä koettu oikeudenmukaisuus synnyttää luottamusta ja luottamus taas edellyttää oikeudenmukaisuuden kokemusta. Tämä kaksoissidos osoittaa luottamuksen synnyn ja ylläpidon tärkeyden muutoksissa. Kyvystä sopeutua muutoksiin on tullut organisaation, johtajien ja työntekijöiden menestymisen keskeinen edellytys.

Keskeistä:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja niiden toimintaympäristöissä muutokset ovat yleisiä. Niitä on monen tyyppisiä ja luonteisia, minkä vuoksi ne myös asettavat erilaisia johtamiseen liittyviä vaatimuksia.
- Muutokset katsotaan nykyisin monimutkaisiksi, epälineaarisiksi ja yllätyksellisiksi ja muutosjohtaminen ymmärretään lähinnä keskustelun ja merkitysten eikä niinkään kohteen tai asian johtamiseksi. Erityisesti syvälliset ja laajat organisaatiomuutokset vaativat hyvää johtamisosaamista.
- Tietojen saanti ja tiedottaminen muutoksista sekä henkilöstön osallistumisen, vaikuttamisen ja kuulluksi tulon kokemukset ovat keskeisiä muutosjohtamiseen liittyviä vaatimuksia myös oikeudenmukaisuuden ja muiden eettisten periaatteiden näkökulmasta. Samalla ne ovat muutoksen onnistumisen edellytyksiä.

8
Organisaatiokulttuuri ja johtaminen

Juha Kinnunen

”… to study culture would add a third dimension to the ”has/is” debate – an organization has a culture versus an organization is a culture – by showing how organization members do their culture.”

Mary Fewel Tulin (1997, 116)

Tässä luvussa kuvataan, mistä organisaation kulttuureissa on kyse ja miksi organisaation ja työyhteisön kulttuuriset tekijät täytyy ottaa huomioon koko organisaation johtamisessa. Lähtökohtana on näkemys, että kulttuurin johtamisen tulisi kuulua jokaisen johtajan osaamiseen. Ilman riittävää

ymmärrystä organisaation kulttuurista on vaikea menestyä johtajan uralla. Organisaatiokulttuurin erityspiirteitä tarkastellaan tässä sosiaali- ja terveydenhuollon osalta.

Organisaatiokulttuuri ilmiönä ja sen tieteellinen perusta

Jokaisella organisaatiolla on kulttuurijärjestelmänsä, ja työntekijät ovat joka päivä työssään sen vaikutuksen alaisia. Yllättävän monet tavat, ajattelumallit ja joskus irrationaalisetkin tapahtumat voivat saada selityksensä organisaatiokulttuurista.

Organisaatiokulttuuria voidaan pitää laajenevana näkökulmana organisaatioiden sosiaaliseen todellisuuteen. Se on avannut kokonaan uudenlaisen teoreettis-menetelmällisen välineistön kuvata, analysoida ja etsiä synteesiä siitä, mitä johtamisessa oikein tapahtuu. Asian vieläkin tärkeämpi puoli koskee kehittyvää ymmärrystä niistä mekanismeista, joiden varassa yksittäisen työntekijän tai työyhteisön organisaatiokäyttäytyminen syntyy.

Organisaatiokulttuurin analyysi pyrkii tekemään näkyväksi ja nostamaan keskusteluun asioita, jotka saattavat olla työyhteisön tai koko organisaation jäsenille tiedostamattomia ja piileviä. Johtajalle kulttuurijärjestelmän tunnistaminen on olennaista siksi, että organisaatiossa ja työyhteisöissä vallitseva kulttuuri määrittää pitkälti sen, miten ajatellaan, mitä pidetään totuutena ja oikeana tietona, millaisia ongelmaratkaisuprosesseja työyhteisössä käytetään, mikä on oikea tapa asennoitua erilaisiin arjen asioihin ja tapahtumiin ja miten tulee käyttäytyä ja toimia. Usein työyhteisön uusi tulokas havaitsee työyhteisössään irrationaaliselta vaikuttavia ajattelu- ja toimintamalleja. Näitä voivat olla esimerkiksi organisaation selviöinä pidetyt merkit ja symboliikka, kieli ja kommunikaatiotapa, henkilöstön pukeutuminen ja kahvihuoneen istumajärjestys.

Organisaatiokulttuuria on tutkittu viime vuosisadan alkupuolelta alkaen. Merkittävintä kehityksessä oli organisaatio- ja sosiaalipsykologian sekä organisaatiotutkimuksen tutkimus, joka loi käsitteet ja pohjan organisaatioiden sosiaalisen oppimisen ja kollektiivisen ajattelun analyysiin. Perustutkimuksen pohjalta alettiin ymmärtää organisaation sisäis-

ten sosiaalisten todellisuuksien vaikutusta yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden kollektiivisiin oppimisprosesseihin (Senge 1990, Argyris 1993, Easterby-Smith & Lyles 2003).

Organisaatiokulttuurin tutkimus laajeni 1970-luvulta alkaen, ja se hallitsi organisaatiotutkimusta ja osittain myös johtamistutkimusta pitkälti 1980-luvun loppuun saakka. Monet kansainvälisesti merkittävimmät tieteelliset lehdet julkaisivat 1980- ja 1990-luvulla organisaatiokulttuuriin painottuvat erikoisnumeronsa (esim. Administrative Science Quarterly, Organization Studies ja Journal of Management Studies). Painotus näkyi myös suurten kustantamojen kirjatuotannossa (kuten Sage Publications) ja ammatillisissa lehdissä (esim. Journal of Nursing Administration). Myös suomalaisessa hallintotieteen päälehdessä Hallinnon Tutkimuksessa julkaistiin 1980- ja 1990-luvuilla paljon artikkeleja, jotka liittyvät organisaatiokulttuuriin. Organisaatiokulttuuri on myös ollut teemana lukuisissa väitöskirjatutkimuksissa.

ESIMERKKI	**Suomalaisia organisaatiokulttuuritutkimuksia**
Enckell Magnus 1998. Organizational cultures of Finnish hospitals in change. Swedish School of Economics and Business Administration 71, Helsinki.	
Juuti Pauli 1992. Yrityskulttuurin murros. Aavaranta 31. Aavaranta, Oitmäki.	
Kekäle Jouni 1993. Organisaatiokulttuurin tutkimuksen kolme näkökulmaa. Psykologia 28(5), 320–327.	
Kinnunen Juha 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 4. Kuopion yliopisto, Kuopio.	
Kinnunen Juha 1992. Kyksin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa toimintaympäristössä. Pohjois-Savon Sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kuopio.	

Komu Hannele 2016. Organisaatiokulttuuri hoivakodissa: julkinen ja yksityinen hoivapalvelu toimintaympäristön ja henkilöstön vertailuna. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 137. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Mäkisalo Merja 1998. Terveydenhuolto-oppilaitoksen organisaatiokulttuuri. Opettajien ja opiskelijoiden käsitykset todellisesta ja toivotusta toiminnasta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 58. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Pihlajasaari Pia 2015. Eettinen organisaatiokulttuuri: Yhteydet työpaikan vaihtoon ja työhyvinvointiin. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 542, Jyväskylä.
Tiirinki Hanna 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – Terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Universitatis Ouluensis, D 1241.
Varis Keijo 2012. Organisaatiokulttuurin ja johtajuusidentiteetin merkitys matriisiorganisaatiomuutoksessa: Case-tutkimus. Jyväskylä Studies in Business and Economics 116, Jyväskylä.
Viitanen Elina 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Acta Universitatis Tamperensis 577. Tampereen yliopisto, Tampere.
Vuori Jari 1995. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Fram, Vaasa.

Organisaatiokulttuurin tutkimuksen teoreettiset ja menetelmälliset suuntaukset voidaan jaotella neljään pääsuuntaukseen: 1) organisaatio- ja yrityskulttuureja vertailevaan tutkimukseen, kulttuurikognitivismiin ja symbolijärjestelmiä korostavaan näkökulmaan, 2) yhteisesti omaksuttuja merkityssuhteita ja niiden muutoksia korostaviin näkökulmiin, 3) yritys- tai organisaatioideologiaan ja toimintafilosofiaa korostaviin suuntauksiin ja

4) psykodynamiikkaan pohjautuviin organisaation tulkintoihin. Kahdessa ensimmäisessä suuntauksessa kulttuurijärjestelmä katsotaan organisaation osajärjestelmäksi vähän samaan tapaan kuin niiden osaamisperusta, talous-, kommunikaatio- tai palkitsemisjärjestelmä (esim. Hofstede 1984). Kaksi jälkimmäistä puolestaan lähtevät siitä, etteivät organisaatiot sinänsä ole muuta kuin kompleksisille sosiaalisille suhteille rakentuvia psykososiaalisia konstruktioita ja ihmisten välisten vuorovaikutuksesta rakentuvia merkitysrakenteita. Esimerkkinä voidaan mainita Linda Smirchichin (1983) ja Mats Alvessonin (1989) tutkimukset, joissa postmodernistisessa tulkinnassa syvätason merkityssuhteiden kautta työorganisaatioidenkin arvojärjestelmät, normit, perusoletukset ja yksilöiden identiteetti rakentuvat yksilöllisinä ja yhteisinä ilmiöinä (ks. myös luvusta 4).

1990-luvulla kulttuuriteema väistyi ja korvautui organisaatio-oppimisen, professiotutkimuksen ja osaamisen johtamisen (knowledge management) teemoilla. Kokonaan se ei ole kuitenkaan hävinnyt, ja samoja ilmiöitä tarkastellaan nykyisin vain eri pääteemojen pohjalta.

Organisaatiokulttuuria koskevat kuvaus ja tarkastelu pohjaavat tässä scheinilaiseen niin sanottuun sosiokognitivistiseen ja ryhmädynamiikkaa korostavaan viitekehykseen (vrt. Schein 1987). Scheinin kulttuurimallissa avainkäsitteitä ovat kollektiivinen oppiminen ja sosiaalistumisprosessi. Yksinkertaistetusti jokaisen organisaation sisäinen kulttuuri (ammatillisine osakulttuureineen) on kollektiivisen oppimisen (learning by doing) tulosta. Olennaista on, että uudet organisaation jäsenet juurrutetaan aikaisempaan vallitsevaan kulttuurijärjestelmään. Uuden työntekijän kannalta ryhmän täysivaltaisen jäsenyyden hintana hän omaksuu vallitsevan jaetun kulttuurijärjestelmän ja osoittaa toimivansa kyseisen ajattelu- ja toimintamallin mukaan.

Organisaatiokulttuurin perustasot

Organisaation kulttuuritutkimuksen niin sanotun kognitiivisen lähestymistavan perusoletuksena on siis se, että organisaatio ja sen jäsenet ovat oppineet työyhteisöön tultuaan tietyt kulttuuriset ajattelu- ja toimintatavat. Tästä seuraa, että kulttuuri välittyy ja välitetään uusille työntekijöille. Uudet tulokkaat omaksuvat kulttuurin perusarvot ja mallit. Vallitseva

ryhmäperustainen kulttuurinen järjestelmä voi olla löyhä ja jäsentymätön esimerkiksi vapaa-ajan harrasteyhteisöissä. Sen sijaan työyhteisöt, jotka on muodostettu pysyviksi tiettyä tavoitetta ja tehtäviä varten, muodostavat yleensä vahvoja kulttuurijärjestelmiä. Äärimmäisiä muotoja edustavat suljetut (autoritaariseen henkilökulttiin pohjaavat) yhteisöt, jotka kontrolloivat jäsentensä ajattelu- ja toimintatapoja kaikilla elämänalueilla, mikä voi johtaa vakaviin yksilön ihmisarvoa loukkaaviin menettelyihin.

Kulttuurijärjestelmä kuvataan kolmitasoisena rakenteena (ks. tarkemmin Schein 1987). Näkyvään pintatasoon sisältyvät organisaatiolle ominaiset symbolit eli tavat ja toimintarituaalit. Symbolit voivat tarkoittaa erilaisia värejä, organisaation käyttämiä merkkejä ja logoja, tai ne voivat olla jollekin alalle tyypillisiä symboliikan sovellutuksia. Esimerkiksi terveydenhuollon tyypillisiä symboleja ovat sairaaloiden valkoiset ja vihreät työasut ja punainen risti. Rituaalit taas viittaavat siihen, että organisaation yhteisön jäsenet jatkavat tiettyjä toimintamalleja, vaikka niiden alkuperäinen tarkoitus on jo hävinnyt.

Pintatasoon sisältyy myös organisaation käyttämä kieli ja kommunikaatio. Työyhteisön kielellä on paljon muitakin merkityksiä kuin kommunikointi. Kieli erottaa organisaatiossa toimivat ryhmät ja osakulttuurit toisistaan. Kielellä välitetään epäsuorasti yhteisön jäsenille informaatiota siitä, ketkä ovat ”meitä” ja ketkä ”toisia” tai ”heitä”. Monissa työyhteisöissä käytetään slangia tai yhteisesti omaksuttuja sanontoja, piilomerkityksiä. Niillä testataan ja varmistetaan, kuuluuko yksilö ryhmään vai ei.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kieli

Sosiaali- ja terveydenhuollossa eri ammattikunnilla on oma kielensä ja erikoisalojen edustajat ovat kehittäneet omansa. Kielellä erotetaan myös asiakkaat ammattilaisista. Asiakkaille ja potilaille lähetetyt kirjalliset kuvaukset, päätökset tai ohjeet ovat hyviä esimerkkejä siitä, kuinka paljon ammattilaisten kieli voi olla eriytynyt asiakkaan kielestä. Teksti sisältää usein erikoissanastoa, ammattikunnan sisäisiä koodeja ja lyhenteitä ja monikerroksisia viittauksia lakipykäliin tai muuhun normatiiviseen ohjeistoon, jota asiakas ei välttämättä yksiselitteisesti ymmärrä. Asiantuntijatekstit pyrkivät täsmällisyyteen toisille ammattilaisille, mutta samalla niissä tehdään eroa toisiin.

Toisen kulttuurijärjestelmän tason muodostavat arvot ja normit. Arvo- ja normijärjestelmällä viitataan niihin tavoitteisiin ja päämääriin, joita or-

ganisaatio tai työyhteisö on omaksunut. Vaikka niistä keskustellaan harvoin, niiden pohjalta työyhteisön jäsenet rakentavat yhteistä identiteettiään ja hakevat oikeutusta organisaatiossa. Perimmiltään arvot ja normit vastaavat kysymykseen siitä, mitä työyhteisössä tai organisaatiossa pidetään hyvänä ja mitä pahana ja millaisia uskomuksia sen jäsenillä on toimintansa hyödyistä ja haitoista.

Arvot ja normit yleensä ilmaistaan organisaation missiossa tai visiossa. Ne kuitenkin edustavat vain virallisia määrittelyjä. Johtamisen kannalta olisi ideaalista, että julkilausutut arvot olisivat harkittuja ja niin selkeästi ilmaistuja, että ne antaisivat orientaatioperustaa jokaiselle työntekijälle. Todellisuudessa työyhteisöjen ja ryhmien kulttuuriin sisältyvät arvot ja normit lopulta määrittävät työyhteisön jäsenten ajattelua ja toimintaa. Nämä osakulttuurit voivat suurissa ja monimutkaisissa organisaatiossa olla hyvin kaukana virallisista määrityksistä.

Kolmannen ja jo selvästi tiedostamattoman tason muodostavat organisaation kulttuuriset perusoletukset. Perusoletukset ovat selviöitä ja usein toimijoille itselleenkin tiedostamattomia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon perusoletukset ja totuuskriteerit

Perusoletuksella viitataan esimerkiksi organisaation suhteeseen ympäristöönsä ja jo aikaisemmin todettuun perustehtävään ja missioon. Perusoletukset ovat käsityksiä siitä, mikä on totta, millainen perustelu riittää totuudeksi, millainen ihmiskäsitys organisaatiossa vallitsee, mitä toiminnan luonne pohjimmiltaan on, mitä ja millaisia ovat sosiaaliset suhteet ja miten niitä määritetään ja millainen on organisaation jäsenten perusidentiteetti.

Tyypillisiä totuuskriteerejä ovat a) perinteet ja vetoaminen aikaisempaan käytäntöön, b) joku auktoriteetti, jonka näkemykset ovat ”oikeampia kuin toisten”, c) rationaalislaillinen toteennäyttämiskriteeri, jossa vedotaan lakiin tai normatiiviseen perustaan, d) vetoaminen tieteelliseen näyttöön. Keskustelu näyttöön perustuvuudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että toiminnan lähtökohdaksi ja päätösten valinnan lähtökohdaksi hyväksytään tutkimuksellinen perusta.

Organisaation merkityksellinen ympäristö voi olla poliittinen, taloudellinen, kulttuurillinen tai tekninen (ks. Burns & Stalker 1961). Organisaation asema suhteessa ympäristöön voi periaatteessa olla joko hallitseva ja dominoima tai alisteinen. Usein ideaalisena pidetään tasapainoa ympäris-

tön kanssa. Toteennäyttämiskriteerit kertovat, millaiseen informaatioon, argumentaatioon tai auktoriteettiin organisaatiossa tai työyhteisössä nojataan, kun siellä tehdään tärkeitä ratkaisuja tai valintoja. Yhä useammin ratkaisu etsitään keskustelemalla ja hyväksytään se, ettei yhtä ainoaa totuutta ole. Keskusteluissa punnitaan vaihtoehtoisia ratkaisumalleja ja ristiriitaisiakin näkemyksiä. (ks. myös luvusta 9).

Organisaatiot eroavat myös aikakäsityksiltään. Eri organisaatiot suuntautuvat hyvin eri tavoin esimerkiksi menneeseen aikaan ja historiaansa. Muutostilanteissa kiinnitytään usein siihen, että asiat olivat ennen paremmin. Toiset organisaatiot taas voivat elää tulevaisuuskeskeisesti, jolloin kaikkia ratkaisuja mietitään lähitulevaisuuden näkökulmasta.

Kulttuuriin sisältyy myös tilankäyttö. Joissain työyhteisöissä on totuttu työskentelemään avokonttoreissa, ja joissain yhteisöissä työntekijöillä on omat työhuoneet, joissa voi pysytellä omassa todellisuudessaan. Joissain toimistoissa taas ovet ovat aina avoinna ja joissain aina suljettuna. Kysymys on kulttuurisesta sulkeutuneisuudesta tai avoimuudesta.

Perusoletukset ovat organisaation jäsenille selviöitä, mutta usein tiedostamatta. Kun yksilö on omaksunut vallitsevan kulttuurin, hän sopeutuu ja sosiaalistuu siihen niin, ettei hän ilman erityistä syytä käsittele sitä järkiperäisesti. Sen sijaan kulttuuriset tekijät heijastuvat arjessa tunteiden kautta ja antavat kulttuurin jäsenille alitajuisen käyttäytymissäännöstön. Kulttuurijärjestelmän pohjalta yksilö ja ryhmä arvioivat omaa käyttäytymistään ja toistensa käyttäytymistä eli sitä, tapahtuvatko asiat oikein vai väärin, onko toiminta onnistunutta ja mikä on oikea tapa reagoida arjen työtilanteisiin.

Työhön sosiaalistuminen ja ryhmäkulttuurien muodostuminen

Työyhteisön organisaatiokulttuuri muuttuu jatkuvasti. Kaikki uudet tilanteet, tavoitteet, tehtävät, muutokset ja uudet yhteisön jäsenet tuovat aina organisaatiokulttuuriin uusia elementtejä ja muutospotentiaalia. Vaikka organisaatiokulttuuri on vanhaa ja säilyttävää ja siten konservatiivista, se muuttuu ja uusiutuu jatkuvasti. Hyvin olennainen osa organisaatiokult-

tuurin uusiutumista on jo edellä mainittu työhön sosiaalistuminen (van Maanen 1976). Käsitteellä viitataan ensisijaisesti uuden jäsenen sosiaalistumiseen työyhteisöön. Työhön sosiaalistumisella turvataan kulttuurijärjestelmän siirtyminen ryhmän uudelle jäsenelle.

Uuden työyhteisön jäsen on alussa täysin aloittelija, olipa hänellä ammattiosaamista tai ei. Kokenutkin ammattilainen joutuu omaksumaan juuri niitä ajattelu- ja toimintatapoja, arvoja, normeja ja perusoletuksia, joita juuri tässä työyhteisössä vallitsee. Jotta uusi tulokas saavuttaisi ryhmän täysivaltaisen jäsenyyden, hänen täytyy osoittaa sille, että hän on oppinut ja omaksunut sen pelisäännöt ja talon tavat eli kulttuurin. Niin kauan kuin hän toimii vallitsevien sääntöjen vastaisesti, hän ei voi saavuttaa täysivaltaista jäsenyyttä. Ryhmäkulttuurin kehittymisen kannalta uusien jäsenten tulo ryhmään on erittäin hyödyllistä. Samalla kun vanha ryhmä pyrkii säilyttämään vakiintuneet kulttuuripiirteensä ja toimintatapansa, se joutuu uudelleen perustelemaan ja argumentoimaan vallitsevien toimintamallien oikeutusta ja tarkoituksenmukaisuutta. Juuri siitä rakentuvat myös kulttuurijärjestelmän sisällöllinen muutos ja kehittyminen.

Sosiaalistuminen kestää puolesta vuodesta kolmeen vuoteen. Sen mukana kulttuurijärjestelmästä tulee uudelle työntekijälle selviö. Kulttuurin perusolemukset ja piirteet siirtyvät tiedostamattomalle tasolle, jolloin niiden mukaan toimitaan mutta niitä ei aktiivisesti huomata. Tiedostamattomanakin kulttuuri toimii peilinä, jonka kautta yhteisö tarkastelee toimintaansa. Vakaassa toimintatilanteessa sitä ei edes huomata, mutta työyhteisön muutostilanteessa se nousee nopeasti ja voimakkaana esiin.

Organisaation ja työyhteisön kulttuurin perusta on ryhmän sosiaalisessa dynamiikassa. Mikä tahansa toisilleen vieraista ihmisistä koostuva strukturoitumaton ryhmä (esim. koulutukseen liittyvissä ryhmätyötilanteissa) omaksuu hyvin nopeasti yhteistoimintaa ohjaavat pelisäännöt ja jäsenten väliset roolit. Oppimiseen liittyvissä ryhmätöissä sovitaan spontaanisti, kuka toimii kirjurina, kuka johtaa puhetta ja kenet pannaan esittämään ryhmätyön toisille. Tällaisessa spontaanissa ryhmänmuodostustilanteessa vaikuttavat organisaatiokulttuurin muodostumisen ydintekijät.

Samat pelisäännöt, mutta formaalisempina ja vakaimpina, ovat esillä, kun uusi organisaatio tai organisaation alayksikkö perustetaan ja kun sil-

le määritetään pysyvä ja vaativa tehtävä vastuuhenkilöineen. Kulttuurin muodostuminen on todennäköisesti hyvin tiedostamatonta ryhmän jäsenille, joiden huomio kiinnittyy vahvasti konkreettisen toimintaedellytysten luomiseen, kuten tilojen, laitteiden, välineiden, työjärjestysten, työ- ja asiakasprosessien suunnitteluun ja toimeenpanoon.

Kun ratkaistaan perustehtävän pulmatilanteita, vaihtoehtoisia toimintamalleja, ajattelutapoja ja ratkaisumalleja, käynnistyy prosessi, joka luo ja vakiinnuttaa arvoja, normeja ja uskomuksia. Ryhmän työskentelyn jatkuessa se alkaa saada palautetta onnistumisista ja epäonnistumisista. Onnistuneista ratkaisuista tulee yhteisiä sosiaalisia sääntöjä. Ne kertovat, kuinka tulee toimia, jotta onnistutaan ja tavoitteet saavutetaan, ja miten ei tule toimia. Oikeat ja väärät tavat toimia yhteisössä saa perustelunsa.

Kun organisaatiot ja työyhteisöt tekevät pitkään samaa perustehtävää esimerkiksi lastensuojeluyksikössä, sairaalassa, terveysasemalla ja palvelutalossa, vanhat ja historiallisetkin ajattelu- ja toimintatavat kulkevat mukana. Niistä voidaan vuosipäivinä ammentaa yhteenkuuluvuutta, mutta vanhat toimintamallit voivat olla myös ritualistisia jäänteitä, jotka hidastavat kehitystä.

Kulttuurin pohjalta johtaminen

Suurissa, työnjaoltaan ja toiminnaltaan eriytyneissä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ei ole yhtenäistä organisaatiokulttuuria. Esimerkiksi sairaalassa eri erikoisalojen arvot, normit ja uskomukset voivat poiketa merkittävästi toisistaan (esim. Virtanen 2010). Samoin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kulttuurit voivat olla kaukana toisistaan. Yksi usein käytetty jakoperusta on ammattikuntakohtainen. Eri ammattikunnilla on ammatillisista lähtökohdista erilaisia merkitysrakenteita. Lisäksi ammatillisten osakulttuurien välillä voi vallita jännitteitä ja ristiriitaisuuksia (Kinnunen 1990). Myös johtajien kulttuuri voi poiketa olennaisesti suorittavassa työssä toimivien ajattelutavoista.

Johtaminen vaikuttaa tosiasioihin, arvoihin ja merkityssisältöihin ja niiden tulkintaan. Organisaatiokulttuurisesta näkökulmasta johtamisen merkitystä voidaan luonnehtia seuraavilla argumenteilla: 1) Johtajuus on

perimmiltään sosiaalinen prosessi, joka kehittyy ryhmän vuorovaikutuksessa (niin spontaanissa ryhmässä kuin muodollisessakin johtajuusasetelmassa). 2) Johtajien ja johdettavien sosiaaliseen sopimukseen johtajuudesta sisältyy riippuvuussuhde, jossa johtajalle on luovutettu ryhmän yhteistä valtaa tulkita ja määritellä sosiaalista todellisuutta niin organisaation sisällä kuin toimintaympäristössä. 3) Muodollinen johtajuus ja hierarkkiseen asemaan perustuvat johtamisroolit edustavat institutionalisoitumista, jossa oikeudet ja velvollisuudet merkitysten tulkinnasta on vakiinnutettu ja virallistettu.

Muodollisessa organisaatiorakenteessa yhteinen kulttuurijärjestelmä ja normisto on vakiinnutettu. Erilaiset säännöt, määräykset ja toimintakäytännöt tekevät sosiaaliset prosessit ryhmissä ja organisaatiotasolla ennustettaviksi. Muodollinen auktoriteetti oikeuttaa eri rooleissa toimivien ihmisten keskinäisiä riippuvuus- ja alistussuhteita. Sillä siis varmistetaan johtajien oikeus määritellä sosiaalista todellisuutta organisaation tavoitteiden saavuttamiseen liittyvissä asioissa kaikissa tilanteissa.

Johtamis- ja organisaatiokirjallisuudessa onkin kiistelty pitkään siitä, mihin saakka muodollinen auktoriteetti ulottuu ryhmäprosesseissa tai yksilötasolla. Esimerkiksi kehityskeskusteluissa, työntekijän urasuunnitelmien kehittämisessä voidaan tahattomastikin mennä alueille, johon muodollisen johtajuuden oikeutus ei ulotu (Ruoranen 2011). Vanhakantaisissa, suuren valtaetäisyyden ja heikon ammatillisen osaamisen työyhteisöissä voi syntyä tilanne, jossa yksilön omat pyrkimykset ja tavoitteet nujertuvat johdon ja omistajien tahdon alle. Sen sijaan tasa-arvoistuvan ja jokaisen yksilön koskemattomuutta korostavissa maissa ja pitkälle erikoistuneissa ammateissa riskit ovat tässä suhteessa pienemmät.

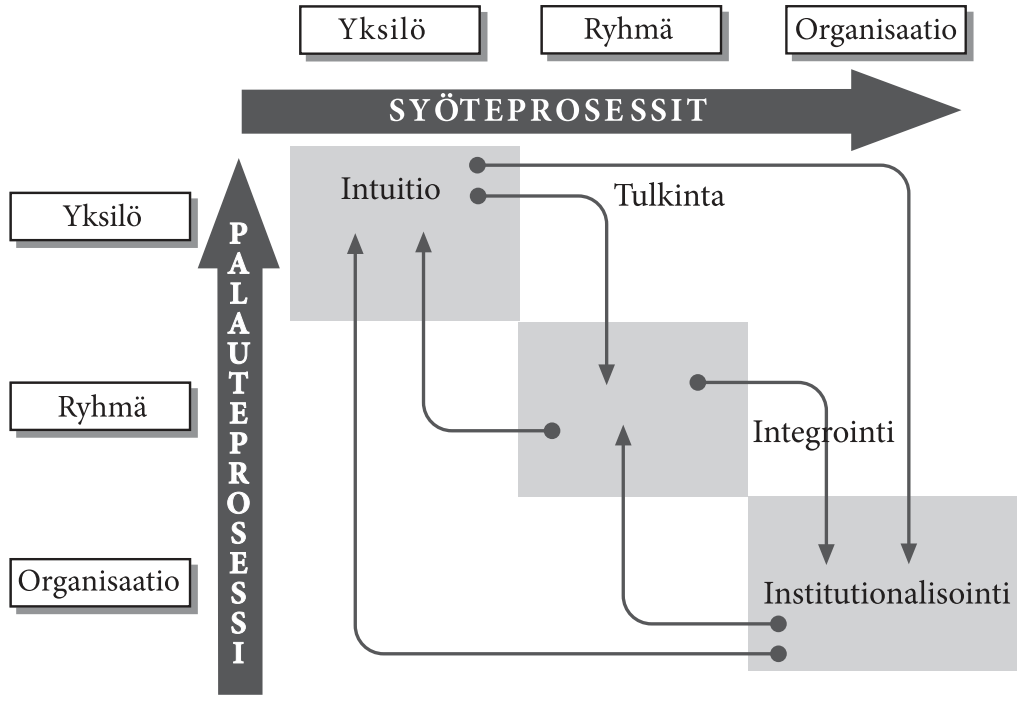
Edellä keskityttiin johtamisen tarkastelussa johtajuuden erityispiirteisiin. Kulttuurin merkitys on olennainen myös silloin, kun tarkastellaan johtamisen muita osa-alueita, kuten strategista johtamista (johon kuuluu julkisissa sosiaali- ja terveysorganisaatioissa myös poliittinen ulottuvuus), hyvää hallintaa, talouden johtamista, henkilöstövoimavarojen johtamista tai tehokkuuden ja suorituskyvyn johtamista. Myös niissä arvot, normit ja uskomukset ovat mukana, vaikka käsitteet korostavat faktatietoa ja ovat usein määrällisiä. Kaikki päätökset ja valinnat organisaatios-

sa ovat aina joko ihmisten tai ryhmien tekemiä ja siten organisaatiokulttuurin vaikutuksen alaisia.

Kulttuurimuutoksen esteet ja edellytykset

On epävarmaa, missä määrin kulttuurin tietoinen kehittäminen on mahdollista. Konsultointiin keskittyvässä johtamiskirjallisuudessa on paljon ohjeita siitä, miksi ja miten kulttuurimuutokseen tulisi pyrkiä. Erityisesti liike-elämässä tämä teema on ollut jo pitkään kestosuosikki. Suomessa sosiaali- ja terveysalan organisaatiomuutoksia ja reformeja koskevissa sadoissa arviointiraporteissa asiaa sivutaan lähes aina. Maassamme ei ole juuri tehty systemaattista empiiristä tutkimusta, jossa olisi analysoitu kulttuurista muutosta. Brittiläisen erikoissairaanhoidon kontekstista voi hyvänä esimerkkinä mainita Mannion tutkimusryhmän (2005) raportin, jossa kulttuuria kehittämällä pyrittiin terveydenhuollon tuottavuuden ja suorituskyvyn parantamiseen.

Tietoisen ja tavoitteellisen kulttuurin muutos on mahdollinen sekä organisaation johtamisjärjestelmässä että työyhteisöissä ja tiimeissä, koska kyse on organisaation oppimiseen liittyvistä mekanismeista. Jos organisaation jäsenet oppivat vallitsevan kulttuurijärjestelmän ominaisuudet monikehäisissä sosiaalisissa oppimisprosesseissa, he voivat oppia myös uudenlaisen kulttuurijärjestelmän. Tähän ilmiöön viitataan transformaalisen oppimisen käsitteistöllä, jossa korostuvat yksilö-, ryhmä- ja organisaatiotason syöte- ja palauteprosessit. Niiden sisältönä ja tulkintakehikkona organisaatiokulttuuri alakulttuureineen on keskeinen. Sosiokognitivistisessa organisaatiokulttuuritutkimuksessa työyhteisöryhmän rooli ja asema uuden tiedon tulkinnassa ja integroinnissa ja institutionalisoitumisessa vakiintuneeksi ja viralliseksi ajattelu- ja toimintamalliksi on keskeisin. Uuden tulokkaan tai vanhojen ryhmänjäsenten uudet oivallukset ja intuitiot tulkitaan ja testataan nimenomaan yhteisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Heikot, virheelliset tai kulttuurijärjestelmälle vieraat ajattelu- ja toimintamallit karsiutuvat ja elinvoimaiset vakiintuvat. Tätä voidaan kutsua spontaaniksi organisaatiokulttuurin uudistumiseksi.



Kuvio 9. Organisaation oppiminen on dynaaminen prosessi (mukailtu teoksista Crossan ym. 1995, Kinnunen 2010, 48).

Crossanin tutkijaryhmän (1995) mallissa johto ja johtajat edustavat organisaatiotasoa. Johtajien oikeutena ja velvollisuutena on muodollisen asemansa ja tehtävänsä pohjalta tulkita organisaation sisäistä tilaa ja toimintaympäristön kehitystä ja etsiä siihen jatkuvaa tasapainoa. Organisaatiokulttuuria voidaan uudistaa tietoisesti ainoastaan muuttamalla ryhmien sisäisiä osakulttuureja. Johtajat eivät pysty johtamisjärjestelmän avulla kontrolloimaan ihmisten arjen toimintaa. Toki visioilla, strategisilla suunnitelmilla, kannusteilla voidaan saada ihmiset toimimaan samaan suuntaan, mutta johtamisen keinot voivat loppua siihen. Etenkin yksilökeskeisissä työmuodoissa tai kolmivuorotyössä johtamisen keinovalikoima on hatara.

Sen sijaan ryhmäkulttuurinen sosiaalinen kontrolli on jokseenkin aukoton. Joka kerta, kun ryhmäkulttuuriin kuuluvia talontapoja on rikottu, lähimmät kollegat ja työtoverit antavat siitä palautetta. Kulttuurimuutoksissa pyritäänkin siten ryhmän sisäisen kulttuurijärjestelmän uudistamiseen. Se voidaan tehdä esimerkiksi avoimen järkiperäisen keskustelun ja sopimisen avulla, tuomalla ryhmään uudella tavoitteellisella tavalla ajat-

televia uusia jäseniä, hajottamalla vanha ryhmä ja koostamalla se uudelleen tai vaihtamalla lähijohtaja. Ryhmäkontrolli pitää uuden toiminnan halutun kaltaisena.

Organisaatioiden kulttuurimuutos on vaikea, monimutkainen ja vuosia kestävä prosessi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kulttuurimuutosten aikaan saaminen on myös monella tavoin vaikeampaa kuin monilla muilla aloilla, koska ensinnäkin työn luonne synnyttää työntekijöille ns. primaariahdistusta. Kuoleman ja kärsimyksen läsnäolo, henkisesti raskaiden päätösten tekeminen ja niihin liittyvän vastuun kantaminen ovat tyypillisiä kaikille sosiaali- ja terveysaloilla työskenteleville.

Toiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat niin sanottuja suuren riskin organisaatiota. Työtekijän, ryhmän tai organisaation toimintajärjestelmän tahattomien virheiden, epäonnistumisten tai laiminlyöntien seuraukset voivat olla erittäin vakavia. Hoitovirheet voivat johtaa esimerkiksi potilaiden kuolemaan tai pysyvään vammautumiseen. Suuren riskin organisaatioille on tyypillistä myös se, että asiakkaat saattavat käyttäytyä uhkaavasti tai jopa väkivaltaisesti työntekijöitä kohtaan.

Nämä kaksi seikkaa aiheuttavat työntekijöissä pelkoa ja ahdistuneisuutta. Kaikki alalle kouluttautuneet ovat joutuneet kohtaamaan ja käsittelemään niitä jollain tavoin. Käsittely tapahtuu arjessa voimakkaiden ryhmäkulttuuristen coping-mekanismien avulla. Niihin kuuluvat muun muassa asiakkaan depersonalisointi eli puhuminen ”vitoshuoneen ikkunapaikan sapesta”, jolloin henkilön identiteetti häivytetään. Toinen tyypillinen mekanismi on niin sanottu kaksoisvarmistus, jossa riskien vähentämiseksi on varmistusmekanismeja, jossa kollegat toisistaan riippumattomasti tarkistavat, että asiat on tehty oikein. Kolmas tyypillinen ryhmäkulttuurinen mekanismi on seniori-juniorijärjestelmän rakentaminen oppipoika-kisälliasetelmalla, jossa kokeneempia kollegoita voi konsultoida luottamuksellisesti. Neljäs mekanismi on muodollisen auktoriteetin korostus: luodaan sotilas- tai pelastuslaitostoimintaa muistuttava käskylinja, joka ei ole voimassa pelkästään akuuteissa tilanteissa vaan myös normaalioloissa. Viides mekanismi on kaiken muutoksen välttäminen, jolla tarkoitetaan sitä, että tekemällä kaikki asiat virheettömästi toimivaksi todetulla tavalla vähennetään epäonnistumisen riskejä.

Näiden ryhmä- ja työyhteisötasoisten coping-mekanismien oivaltaminen ja huomioon ottaminen on olennaista, kun sosiaali- ja terveysalan organisaatioita uudistetaan rakenteellisesti, toiminnallisesti tai kulttuurisesti, ovatpa muutospaineet peräisin tuottavuuden kasvusta, muuttuvista ympäristötekijöistä tai toiminnan laadun kehittämistarpeista. Muutos, joka ei ota huomioon alan kulttuurisia erityispiirteitä ja kompensoi vaikkapa juniori-seniorimekanismia jollain muulla tavoin, on tuomittu epäonnistumaan. Joko ammattiylpeä henkilöstö ei yksikertaisesti suostu siihen tai se johtaa sellaisiin työssä jaksamisen ongelmiin, jotka voivat estää muutoksen toteuttamisen.

Kulttuuri – oppimishaaste johtajille

Tässä luvussa on tarkasteltu organisaation sisäisen kulttuurijärjestelmän merkitystä työyhteisöjen ja organisaation johtamisessa. Tarkastelulla on pyritty osoittamaan sen tärkeys niin yksilöille, työryhmille kuin johtamiselle. Jokaisella kiinteästi toimivalla ryhmällä on jonkinlainen oma kulttuurinen uskomusjärjestelmänsä. Se liittyy syvällisellä tavalla ihmiseen yksilönä ja sosiaalisena toimijana. Ilman sosiaalisia suhteita, vakiinnuttavia arvoja, normeja ja uskomuksia rationaalinen työskentely työyhteisössä ei ole mahdollista. Se on siten välttämätön ja hyödyllinen organisaation toiminnalle.

Kulttuuri on johtajalle suuri haaste. Pääosin näkymätön ja tiedostamaton kulttuuri ei ole samalla tavoin käsiteltävissä kuin johtamisen monet muut osa-alueet. Erityisesti muutoksissa kulttuurin merkitys korostuu. Organisaatiossa toimivien ihmisten ja työryhmien työ- ja toimintatavat voivat säilyä jokseenkin muuttumattomina, vaikka organisaatiorakenteita hallinnollisesti muutetaan (ks. myös luvuista 5 ja 7).

Kulttuurin pohjalta johtaminen voi avata aivan uudenlaisia mahdollisuuksia koko organisaation oppimiselle ja uusien älykkäämpien toimintaprosessien vakiinnuttamiseen. Tietoinen kulttuurin analyysi voi olla vapauttavaa ja vahvistavaa myös yksilöille, koska se auttaa heitä tulkitsemaan ja ymmärtämään kulttuurijärjestelmää entistä paremmin.

Keskeistä:

- Organisaatio ja sen jäsenet omaksuvat ja oppivat työyhteisön kulttuuriset ajattelu- ja toimintatavat, jotka näkyvät esimerkiksi kielessä ja hyväksytyissä käytännöissä.
- Erityisesti muutostilanteet nostavat esiin sellaisia organisaatiokulttuurin kulttuurieroja ja jännitteitä, jotka muulloin ovat näkymättömiä.
- Johtajan on erittäin tärkeä ymmärtää oman organisaationsa kulttuuri ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Johtamisella voi muuttaa organisaatiokulttuuria.

III
SOSIAALI- JA TERVEYDEN-HUOLLON JOHTAMISEN OSA-ALUEITA

9
Dialoginen viestintä johtamisessa

Jari Vuori

”Jo primitiivisen sodan olemukseen kuuluu, että se alkaa siellä missä puhe loppuu.”

Martin Buber (1923/1999)

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisviestinnässä muoto on usein sisältöä tärkeämpää niin työyhteisön kuin strategisten johtajien arjessa. Viestit muotoillaan usein siten, että todellinen viesti jää ymmärtämättä. Niin ikään tiedon kulkua saatetaan yrittää helpottaa ylikommunikaatiolla eli suurella määrällä kokouksia, työryhmiä ja sähköpostiviestejä. Niillä halutaan varmistaa, että kaikilla on mahdollisuus osallistua kaikkeen, mutta ne johtavat klassiseen ristiriitaan: mitä enemmän viestitään, sitä vähemmän viestitään. Lopulta

tilanne saattaa johtaa siihen, ettei tärkeitä asioita viestitä lainkaan eikä henkilöstöllä ole uskallusta asettaa vastakkain mitään toiminnan tarkoitusta ohjaavista arvoista. Kun kokousten kyseenalaistamaton kriteeri on aina tehdä jotain päätöksiä, seurauksena on helposti päätös, jonka joku on valmistellut tai esitellyt. Tässä luvussa tarkastellaan, mitä mahdollisuuksia dialogisuus tarjoaa johtamisviestintähaasteiden ratkaisuksi.

Dialogin tutkimuksesta työyhteisön arkiongelmiin

Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana dialogisuudesta on tullut yhä tärkeämpi tutkimus- ja kehittämiskohde niin organisaatioiden asiakastyössä kuin johtamisessa. Erityisesti dialogisuuteen pohjautuva muutosprosessi- ja toimintatutkimus vahvistui kansainvälisesti 1990-luvun alussa (Isaacs 1999). Postmodernien eli jälkiteollisten palvelu- ja asiantuntijaorganisaatioiden yleistyminen muutti pysyvästi käsitystä johtajan ja johdettavan välisestä suhteesta (Rost 1993, Juuti 2001). Johtamistutkimuksessa havaittiin, että vuorovaikutus johtajuuden ytimenä oli lähes tutkimaton maaperä (Barker 1997, George 2000). Kohtaamisen sisällöstä ja prosesseista ei tiedetty juuri mitään, koska menetelmällisesti totuutta oli selvitetty yksipuolisesti esimerkiksi työntekijöiden käsitysten pohjalta. Valitettavasti vaatimukseen monitieteellisen ymmärryksen lisäämisestä ei vielä juuri ole vastattu tutkimuksilla (Vuori 2007, Lipari 2010, Lawrence 2011, Erkkilä 2012, Rahikka 2013). Niinpä 2000-luvulla integroivan ja jaetun johtajuuden roolit korostuivat johtamispuheessa, jota vauhditti 1990-luvulla alkanut tutkimus työn ja elämän välisestä tasapainosta sekä asiantuntijoiden ja johtajien viestinnällisestä tasa-arvosta ja tasapainosta (Ingraham & Lynn 2004, Locke 2009).

Kun johtamistutkimuksen yksi uranuurtaja, Henry Mintzberg, yhdessä Jonathan Goslingin (2006) kanssa kritisoi johtamiskoulutusta muun muassa ihmisen johtamiskokemusta ja ajattelua hyödyntämättömäksi, johtajan kyky jaettujen merkitysten tunnistamiseen korostui entisestään. Kun vielä 1990-luvulla voimistunut keskustelu tiimiorganisaatioista ja oppimisesta (Nonaka & Takeuchi 1995) korosti tietoisemmin jokaisen tiimin jäsenten

erilaisuuden hyödyntämistä osana päätöksentekoa, pienryhmätutkimusten historiallisia löydöksiä (de Mare 1991) ja työyhteisön kehittämismenetelmiä ryhdyttiin määrittelemään keskustelutaitojen ja dialogisuuden käsitteillä (Eisenberg & Goodall 1993, Senge ym. 1994). Keskeisenä tavoitteena oli vähentää asiantuntijoiden ”taitavaa epäpätevyyttä” (Argyris 1991, Kuittinen 2001) ja lisätä vastaavasti taitoja ja osaamisen hyödyntämistä yhteisten tavoitteiden määrittämisessä ja saavuttamisessa.

Kansallisesti dialogisuuden tutkimus organisaatiossa vahvistui 2000-luvun taitteessa. Dialogisuutta tarkasteltiin useilla tieteenaloilla pääosin organisaatio- ja työyhteisökulttuurien ja organisaation oppimisen näkökulmasta (Aarnio 1999, Vapaavuori 2001, Mähkönen 2002, Roman 2005, Vuori 2005c). Aiheesta alkoi ilmestyä johtamiskirjallisuutta, ja dialogisuudesta tuli vahva teema useissa oppikirjoissa niin sosiaali- ja terveydenhuollossa (Miettinen ym. 2000, Mönkkönen 2007) kuin muillakin aloilla (Heikkilä & Heikkilä 2001). Sosiaali- ja terveydenhuollossa erilaiset dialogiset työmenetelmät ja toimintatutkimukselliset orientaatiot vahvistuivat ehkä selkeimmin valtakunnallisesti pyrkimyksenä siirtyä ongelmakeskeisestä voimavarakeskeiseen palveluun, sektorikeskeisyydestä verkostomaiseen organisointiin ja asiantuntijakeskeisestä dialogiseen palveluun. Tätä työtä on tehty kunnissa jo 1990-luvulta (Arnkil ym. 2000) ja sitä on jatkettu kunnissa erityisesti asiakastyössä niin sanottujen verkostomenetelmien avulla (Aarnio & Engvist 2001, Arnkil ym. 2007).

Dialogi on yhdessä ajattelemista (kreik. dialegsthai), jossa kunnioitetaan jokaisen keskinäistä ajatustenvaihtoa. Kunnioittamiselle on kuitenkin lukuisia esteitä:

1. eri ammattiryhmien erilaiset koulutustaustat ja ammattikieli
2. eri ammattiryhmien keskinäinen ja sisäinen, epävirallinen ja virallinen hierarkia eli arvovaltajärjestys
3. eri organisaatiotasolla työskentelevien keskinäinen hierarkia
4. johtajan ja työntekijän keskinäinen vallan epätasapaino eli asymmetria.

ESIMERKKI	Tieto ei tee päätöksiä eikä ratkaise ongelmia
Työntekijä A: Sanoit, että minä voin tehdä lyhyempää päivää, jos teen työni. Mutta nyt sanot, ettei se käykään. Järjestin lastenhoidonkin jo sovitun pohjalta. Saatoit minut vaikeaan tilanteeseen.	
Lähijohtaja B: Ymmärrän vihasi ja pettymyksesi. Minäkin olen vihainen, koska oikeuteni päättää asiasta mitätöitiin. Katsotaan, mitä voin tehdä.	
Lähijohtaja B ylemmälle johtajalle C: Annoit minun vastuulle osaston johtamisen, muttet antanut vapautta toimia. Nyt kyseenalaistat A:n työajan. Miksi?	
Vaihtoehto 1. Ylempi johtaja C: Olisit vahvistanut päätöksesi minulla ensin. Miksi menit lupaamaan? Sitä paitsi tiedän, ettei ratkaisu olisi hyvä.	
Vaihtoehto 2. Ylempi johtaja C: Erinomainen kysymys. Olen pahoillani, mutta en oikeastaan tiedä itsekään, miten tässä tulisi toimia, joten olisi kai luontevaa istua alas ja pohtia asiaa yhdessä.	

Johtajalla on lukuisia erilaisia tapoja ja keinoja lähestyä ongelmaa, mutta parhaimman vaihtoehdon valitseminen edellyttää asiayhteyteen liittyvien asioiden tarkkaa tunnistamista. Ensiksi johtaja (C) voisi hyvinkin valita menetelmäkseen niin sanotun valtaratkaisumallin, jossa muille (A ja B) tarjotaan valinnanmahdollisuuksiksi ”Vaihda taloa, jos ei tahti maita” (Vuori 1997). Tällöin johtaja perustelee oikeudenmukaisuusnäkökulmaan vetoamalla, että kaikilla on samat säännöt. Tällä lähestymistavalla hän saattaa silti heikentää kaikkien luovuutta ja työn merkitystä, koska hän näyttäytyy heille kaiken tietävänä, arkirutiineita kontrolloivana ja normeihin vetoavana etäisenä ihmisenä, joka välttää puhumasta asioista

henkilökohtaisesti. Johtaja voi kyllä kehottaa ideoimaan, mutta mitään ei voi niukan budjetin vuoksi toteuttaa.

Toiseksi johtaja voi valita dialogisemman etenemistavan. Hän voi pyrkiä tunnistamaan asiayhteyden dialogisesti ja etsiä aidosti yhdessä työntekijän kanssa niitä tekijöitä, jotka vähentävät työn mielekkyyttä. Johtaja on tällöin myös varsin tietoinen, että esimerkiksi hoitajien irtisanoutumishalu kasvaa sitä suuremmaksi, mitä merkityksettömältä työ heistä tuntuu. Tässä vaihtoehdossa johtaja neutralisoi valta-aseman ja asettuu työntekijän asemaan pohtimaan yhdessä hänen kanssaan uusia keinoja löytää työn sisältö uudelleen. Dialogisena ratkaisuna saattaa syntyä yhteisymmärrys siitä, että työntekijän on saatava esimerkiksi opiskella jotain sellaista, mikä todella kiinnostaa häntä ja myös antaa mahdollisuuden kokea uudelleen työn mielekkyyttä. Dialogisen vaihtoehdon hyödyntäminen ei useinkaan onnistu autoritäärisissä ja byrokraattisissa organisaatiossa ilman johtajan aitoa halua viestiä ja ottaa riskejä henkilökohtaisella tasolla.

Vastakkaisia mielipiteitä jossain asiassa edustavat pystyvät ja erityisesti haluavat löytää jotain yhteisiä tekijöitä käsityksistään. Dialogi on siis tavallaan puolueetonta ja aitoa keskustelua, jossa kumpikin osapuoli havaitsee, myöntää ja tunnustaa toisen silloinkin, kun vastustaa häntä (Buber 1923/1999). Jokainen kollegan tai ei-kollegan ajatus on tarkoitettu kutsuksi kehittää ja kuljettaa ajatusta eteenpäin. Valitettavasti toisen ajatuksen kuljettamisen taito ei pysy hengissä voiton ja tappion varaan rakentuvassa länsimaisessa kulttuurissa ja kilpailuhenkisissä organisaatioissa. Vuoropuhelussa ei ole voittajia eikä häviäjiä, koska siinä kaikki voittavat. Tapausesimerkissä johtaja C voi valita itsensä kannalta helpoimman tien ja vaatia ohjeiden noudattamista, mutta todellinen johtajuus ilmenee johtajan C kyvyssä kyseenalaista toistuvasti esille tulevat organisointiongelmat ja pyrkiä ennakoimaan niitä.

Seuraava esimerkki on sosiaali- ja terveydenhuollossa varsin ajankohtainen. Käytännössä esimerkiksi lähijohtajat joko ”vastuuottajina” hyödyntävät tässä viestinnällisiä taitojaan tai jäävät ”normiuhreiksi”. ”Vastuunottajat” kieltäytyvät vakinaistamasta ketään ryhmään soveltumatonta, tekevät tarpeen mukaan työtä pienemmällä henkilöstöllä, eivätkä pelkää työntekijän mahdollisesti esittämiä oikeudellisia vaatimuksia. ”Normiuhrit” puo-

lestaan kokevat, etteivät he voi toimia asiassa mitenkään, koska lain mukaan heidän on kuitenkin vakinaistettava työntekijä.

ESIMERKKI	Määräaikaiset työsuhteet

Työntekijä A:lle on kertynyt määräaikaisia työsuhteita organisaatiossa X jo niin paljon, että laki velvoittaisi vakinaistamaan hänet. Johtaja B ja C tietävät molemmat, että A on täysin alalle soveltumaton, ja työvuoroissakin useat ovat joutuneet tekemään tai korjaamaan hänen työnsä puutteita. Johtajilla on silti viestinnässä täysin erilainen lähestymistapa. B on sitä mieltä, ettei yhteisö kestä yhtäkään vapaamatkustajaa vaan jokaisen on oltava aidosti työstä kiinnostuneita. Hän on myös tehnyt alusta alkaen myös A:lle selväksi, ettei tätä vakinaisteta, ellei tämä sovellu aidosti alalle. Johtajalla C ei ole enää mitään viestintäkeinoja vaikuttaa työntekijän sitoutumiseen. Sen sijaan, että hän yrittäisi saada A:n ymmärtämään, ettei ala sovellu tälle ja että tällä on suuria ongelmia omassa työssään, hän viestii tälle tämän lakisääteisistä oikeuksista.

Esimerkki alleviivaa tietysti sitä, että ohipuhumisen mestareina länsimaalaiset ihmiset puhuvat ja kuulevat vain usein sitä, mikä heitä itseään koskettaa. Länsimaisessa kulttuurissa johtajienkin kuulo valikoi ne työntekijöiden viestit, jotka sopivat yhteen heidän kognitiivisen perspektiivinsä eli käytännössä aikaisempien kokemustensa ja koulutuksensa kanssa. Maailmankatsomus tiedollisten uskomusten, arvojen ja normien koosteena tulee myös ihmisten keskinäisen kohtaamisen väliin (ks. tarkemmin Vuori 2005c). ”Normiuhrien” on siten tietoisesti pyrittävä ottamaan vastuuta ja valtaakin tilanteissa, joissa sitä on tarjolla uuden viestintäkulttuurin vahvistamiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa alituinen kiire, ammatti- ja koulutustaustojen erilaisuus ja hierarkkiset kulttuuriset perinteet yhdistyneinä yhä useammin myös moniongelmaisten asiakkaiden ja potilaiden tilanteisiin vaikeuttavat nopeiden ja yksiselitteisten päätösten tekemistä. Yksi dialogin isistä, Sokrates, lähti siitä, että vaikeissa ratkaisemattomilta

tuntuvissa asioissa ihmisten on ensin kokoonnuttava torille (agorra) ympyrään ja sitten ryhdyttävä huuhtomaan vaikeaa asiaa kuin hiekkaa, jotta he löytäisivät lopulta tiedon alkuperän eli kultajyvän. Sokrateen menetelmä oli sikäli ankara, että vaikeat asiat asetettiin vastakkain väittelymäisesti, mikä edellytti osallistujalta rehellistä omien näkemysten rajautuneisuuden ja tiedollisten rajojen tunnustamista. Toisin sanottuna tämä tarkoittaisi sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa viestintätavoissa tulisi korostaa jämäkkää tapaa, jotta passiiviset ja aggressiiviset tavat vähenisivät.

Ongelmaksi vain tulee se, että asiantuntijoiden olisi tällöin nöyrryttävä asiantuntemuksen alkuperäistä merkitystä kuvaavaan asemaan: ”Totean vain sen, mitä en tiedä, enkä sitä, mitä tiedän.” Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollossa sokraattinen dialogi siitä, keillä on oikeus toimia kenenkin johtajana ja minkä ammattitaustan perusteella, on usein niin vaikeasti käsiteltävä, ettei sitä juuri käytetä. Organisaatio- ja johtamistutkimus onkin osoittanut, että muutosahdistus, tiedon rajat, valta ja identiteetti estävät useimpia kuuntelemasta dialogisesti toisia.

Dialogisuus on kiehtonut useita eri tieteenalojen edustajia, ja joskus se on piiloutunut toisenlaisen käsitteistön taakse. Jurgen Harbermasin (1994) kommunikatiivisen toiminnan teoria, Martin Buberin (1923, 1999) henkevien keskustelu ja Mihail Bahtinin (1991) puheen ja äänen suhde ja erityisesti tekstien moniäänisyys (polyfonisuus) ovat palautettavissa kysymykseen dialogisuuden mahdollisuudesta ihmisten välisissä kohtaamisissa ja laajemmin elämismaailmassa. Bahtin (1991) on eri yhteyksissä korostanut, että olemme usein perittyjen keskustelujen vankeja. Johtamisessa tämä tarkoittaa sitä, että olivatpa kyseessä toimialajohtajat, ylilääkärit tai ylihoitajat, useimmat aina seuraavat edeltäjiään johtamistehtävässä. Ne, jotka tulevat vastaperustetun organisaation johtoon, ovat onnekkaampia, koska heidän ei tarvitse vastata aikaisemman organisaatio- ja työyhteisökulttuurin arvojen pohjalta syntyviin odotuksiin. Perittyjen arvojen tunnistaminen selviöiksi (”Näin meillä on aina ennenkin tehty”) on yksi keskeinen asia, kun pyritään saamaan aikaan työyhteisöä uudistavaa kulttuuria (ks. tarkemmin organisaatiokulttuureista luvusta 8).

Dialogi ja dialogisuus työyhteisökulttuurissa

Sosiaalipsykologiassa ja psykiatriassa sekä laajemmin sosiaali- ja terveystieteissä on oltu kiinnostuneita asiakkaiden ja ammattilaisten välisen suhteen dialogisuudesta ja moniäänisyyden tunnistamisesta esimerkiksi lastensuojelun kysymyksissä (ks. esim. Abma 2001, Seikkula & Arnkill 2009). Olivatpa tieteelliset lähtökohdat habermasilaisia tai jotain muuta, organisaatioiden ja johtamisen yhteydessä ne konkretisoituvat kysymykseen siitä, missä määrin johtamisjärjestelmissä kyetään tekemään sopimuksia siitä, mitä dialogia edistäviä rooleja työntekijät edustavat päätöksen kohteena olevia asioita käsiteltäessä ja missä määrin esimerkiksi kokouksen puheenjohtaja todella haastaa ja velvoittaa osallistujia dialogiin sen sijaan, että hän pitäisi yksinpuhelua (monologia) päätösten vaihtoehdoista. Kun suomalaisessa kulttuurissa useasti näissä tilanteissa ”vaietaan kahdella kielellä ja hiljaisuus on myöntymisen merkki”, kokousten osallistujat eivät todellisuudessa välttämättä valmistaudu kokouksiin vaan odottavat, että puheenjohtaja on valmistellut asialistan etukäteen. Tämä puolestaan johtaa väistämättä siihen, että puheenjohtaja joutuu käyttämään valtaa, vaikka hän haluaisi saada aikaan dialogia (Vuori 2005c). Vaatimukseen siitä, että osallistujat valmistautuvat kokoukseen, saatetaan puolestaan suhtautua jopa kriittisesti, koska se koetaan vääränlaiseksi työnjaoksi.

Dialogi on vuoron odottamista, kuuntelua ja hiljentymistä. Jokainen siihen osallistuva voikin kriittisesti arvioida, kuinka hyvin hän kykenee omaksumaan näitä eri rooleja eri kokoustilanteissa, puhumattakaan siitä, kuinka tietoisesti puheenjohtaja mahdollistaa sen. Vuoroa odotellessa tulisi kyetä silti aktiivisesti kuuntelemaan myös muita eikä yrittää vain pitää mielessään omaa sanottavaansa. Tämä on kuitenkin vaikeaa. Buberilainen henkevien keskustelu ilman rooleja ja ennakko-oletuksia onnistuukin usein vasta sitten, kun yhteisö saavuttaa ja haluaa saavuutta yhteisen kokemustilan, jossa asioille annetut merkitykset ja yhdistyvät luontevasti toisiinsa (metalogi). Tällöin myös havaitaan, että muuttunut puhetapa on uudistanut ajattelutapaa, millä taas on selkeä vaikutus yhteisön jäseniin. Puolusteleva ja hyökkäävä puhetapa ei luonnollisesti avaa keskustelua käsiteltävästä asiasta vaan vaati asioiden kulun pitämistä vain niiden käsis-

sä, joilla kuvitellaan olevan asiasta tietoa. Näin samoista asioista päädytään tekemään samoja päätöksiä, muttei kyetä koskaan kysymään, ovatko asetetut kysymykset alun perin olleet vääriä.

ESIMERKKI	Odotukset ohjaavat ajatuksia

Eräässä työyhteisössä osastonhoitajat olivat vuosina 2005–2007 varmoja siitä, että organisaation johtamisongelmat johtuivat huonosta johtajasta. Kun osastonhoitajien kokouksissa ryhdyttiin tarkastelemaan, olisivatko ongelmat sittenkin peräisin organisaation kulttuuriarvoista, havaittiin, ettei kukaan aikaisemmista johtajista ollut onnistunut tehtävässään. Se, että osastonhoitajat kykenivät keskustelemaan asiasta avoimesti, syyllistymättä ja syyllistämättä ketään, vei lähes vuoden. Sen ajatuksen tiedostaminen, että kaikki mahdollisesti aina siirtävät epäonnistumisen odotukset seuraavaan johtajaan, tuntui mahdottomalta edes keskustelun aiheena.

Dialogi ei siis ole vain vuoropuhelua, koska muuten siitä tulisi helposti myös herkeämätöntä odotusta hyväksynnän saamiseksi: ”Kohta pääsen sanomaan sanottavani.” Dialogi on siis keskustelun muoto, jossa on ydin muttei valittua puolta (Isaacs 1999, vrt. Bohm 1996). Dialogissa kukaan ei voita toista puolelleen eikä osoita tiedollista paremmuutta vaan kunnioittaa epämiellyttävältäkin tuntuvan ihmisen käsitystä. Aidon dialogin johtajaa ei ohjaa se, pitääkö hän jostakusta vain ei. Terveydenhuollon kliinisessä johtamisessa tämän oivaltaminen merkitsee uuden toimintakulttuurin avausta myös kielellisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa se taas merkitsee, että kohtaamisissa ollaan ensisijaisesti kiinnostuneita siitä, mitä käsitellään, eikä siitä, minkä ammattiryhmän edustajat kysymyksiä esittävät. Kielellistä kanssakäymistähän ei oikeastaan voi käsittää eikä selittää ilman, että ymmärtää, mikä on kielen hetkellisyyden ja puheen suhde johonkin konkreettisen tilanteeseen (Vološinov 1990). Vanhusten lääkityksen tai vammaispalvelupäätöksen virheitä ei ihmetellä ääneen kyselemällä, kenestä virhe johtui, vaan merkityksellistä on, miten virhe pää-

si tapahtumaan. Kun pienikin asiakkaan tai potilaan tilaan liittyvä puute on ammattilaisten identiteettiä haavoittava aihe, johtajan on osattava ilmaista itseään taitavasti, jotta virhe kääntyy oppimishaasteeksi eikä kielteiseksi palautteeksi tai jopa syyllistäväksi ilmaisuksi. Erittäin mielenkiintoista on se, miten kieli ja kulttuuri ikään kuin kutovat merkitysverkkoa, joka ilmentää työyhteisöä syvällisemmin, kun merkityksistä päästään perille. Kulttuuri rakentuu koko ajan uudelleen päättymättömän kielellisen kanssakäymisen myötä. (ks. Vuori 2005c.)

Kuten muissakin työorganisaatioissa myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on saatava hallinto toimivaksi eli asiat tehdyiksi. Monisairaiden ja moniongelmaisten asioita kyetään hoitamaan tehokkaasti ja vaikuttavasti, kun hyödynnetään erilaisten ammattilaisten osaamista. Tämä kuitenkin edellyttää sellaista johtamista ja johtajuutta, jossa johtaja saa huolehtijan (facilitaattorin) roolin. Keskeisintä on pysyä taka-alalla ja huolehtia siitä, että dialoginen prosessi etenee valmentavalla otteella (ks. esim. London & Sessa 2007). Tällaisen johtajaroolin omaksuminen edellyttää usein johtamista koskevien myyttien tarkkaa ymmärrystä ja tietämyksen kartuttamista erityisesti siitä, ettei johtaminen ole yksin johtajan vastuulla vaan jokaisen muunkin työntekijän on kannettava erityisesti asiantuntijaorganisaatiossa osavastuusta tavoitteiden saavuttamisesta ilman erityisiä vaatimuksia.

Teoriassakaan työyhteisöt eivät saisi olla kulttuuriltaan sellaisia, jota hiljaiset hallitsevat kyseenalaistamatta sen arvoja ja uskomuksia tai äänekkäät ohjailevat ja manipuloivat monologeillaan. Johtajalle on yhtä vaarallista olla näkemättä ja kuulematta kuin sanoa ääneen kaikki, minkä hän näkee ja kuulee. Vaikeneminenkin voi siis olla hyväksi, mutta johtajalle kaikkein tärkeintä on puhumisen ja vaikenemisen vuorottelu. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ammattilaisten, potilaiden ja asiakkaiden keskinäisissä kohtaamisissa tulee noudattaa hyvin erilaisia kuuntelun ja puheen vuorottelutapoja. Tavat, jotka ovat hyväksi esimerkiksi potilaan empaattisessa kohtaamisessa, saattavat vahvistaa vääriä arvoja henkilöstön keskinäisissä suhteissa. (Vuori 2005c, vrt. Mönkkönen 2007.)

Dialogiset sovellukset johtamisessa

Vaikkei dialogia saavuteta nopeasti esimerkiksi kokousten dialogisella johtamisella, kokousten määrään, sisältöön ja käytäntöihin vaikuttaminen vahvistaa dialogista kulttuuria. Toinen varteenotettava sovellustapa on arvioida yksikössä tehtyjen päätösten, tekojen ja puheiden vastaavuutta. Kolmanneksi on tärkeää tiedostaa työyhteisökulttuurin arvojen ja perusoletusten rakenne, jotta aikaa vievän dialogin aiheiksi löytyy aidosti vaativia asioita (vrt. Erkkilä 2012, Syvänen 2014, Lindholm & Stevanovic 2016).

Kokoustekniikka on tärkeä lähtökohta dialogin aikaansaamiseksi. Useimmiten kokoukset etenevät johtajan monologina, mikä vahvistaa eri ammattiryhmien välisiä ennakkoluuloja. Pahimmillaan työyhteisöjen kokoukset ovatkin keskenään kilpailevien asiantuntijoiden areenoita. Ajan kuluessa kokoukset toistavat helposti samaa kaavaa: puheenjohtaja käy läpi asialistaa, mutta keskustelu pysähtyy aina samoihin ongelmakohtiin. Tällöin ollaan kaukana työyhteisöjen dialogisuutta lähentyvistä kokouksista, joissa asioissa edetään improvisoivasti ja jokainen kunnioittaa valitun teeman kehittelyä. Johtajat ovat oppineet aikaan ja kiireeseen vetoamalla keskeyttämään spontaanin keskustelun, vaikka se auttaisi tunnistamaan aitoja vaihtoehtoja päätöksentekoa varten. Yhteiseksi koettavan kaksisuuntaisen dialogin syntyminen vaatii yhteistä aikaa ja kokemuksia. Monologisuudella on myös hinta, jota ei sovi unohtaa.

ESIMERKKI	Kokousten kustannukset

Keräsin tietoa vuonna 2010 eräässä suomalaisessa sairaalaorganisaatiossa hoitotyönjohtajien kokousten dialogisuusastetta arvioivan mittarin avulla. Mittari sisältää 47 kysymystä, joista 14:n sisältöä voidaan muokata kulloisenkin kokoustyypin mukaiseksi. Dialogisuuden mahdollistumista mittaa aina 33 väittämää. Organisaatiossa työskenteli kaikkiaan 42 hoitotyönjohtajaa, ja heistä 28 vastasi kyselyyn. Eräs avokysymykseen saatu vastaus osoittaa hyvin monologisen päätöksentekokulttuurin: ”Pitäisin hyvänä, jos tulevista päätöksistä voisi keskustella myös etukäteen.” Muista vastauksista dialogin tarve on tiivistettävissä seuraavasti: ”Enemmän aitoa keskustelua, vähemmän tiedottamista.”

Kokoukset kestivät keskimäärin kaksi tuntia, ja kokoontumisia oli enintään kaksi kuukaudessa. Selvä enemmistö oli sitä mieltä, että kokouksessa käydyn keskustelun tai päätösten vaikutuksia tulisi arvioida tarkemmin, samat asiat toistuvat vuodesta toiseen asialistalla ja vaikeita asioita käsiteltäessä enemmistö vaikenee. Osa oli jopa sitä mieltä, ettei mielipiteitä kuunnella lainkaan. Otos ei anna oikeutta tehdä yleistyksiä, mutta se antaa aiheen kysyä, miksi tulisi pitäytyä nykyisessä kokouskäytännössä, jos kerran halutaan avointa keskustelua. Jos kokoukset eivät toimi, osastohoitajien keskituntipalkan pohjalta laskettuna turhia kustannuksia kertyy noin 3000 euroa kuukaudessa.

On havaittu, että ihmisten toiminnan muutokset tapahtuvat dialogeissa ja keskusteluissa, jos organisaation jäsenet luottavat toisiinsa (April 1999). Dialogi viittaa prosessiin, jossa etsitään merkitystä, joka siirtyy ihmiseltä toiselle. Sosiaali- ja terveydenhuollossa dialogilla voidaan etsiä kaikkia yhdistävää kulttuuria. Yhtenä dialogiin yltämisen esteenä on kuitenkin muun muassa kokous- ja päätöksentekokulttuuri, jonka pinnallisen turvallisista rutiineista on vaikea irtautua. Kokousten asialistatkin rakentuvat usein enemmän ulkoisen kuin sisäisen viestinnän kysymyksistä.

David Fettermanin (2001) kehittelemä ja runsaasti sovellettu voimaantumisen arviointimenetelmä pyrkii lisäämään henkilöstön itsetietoisuut-

ta ja itseohjautuvuutta järjestelmällisesti. Yhtenä esimerkkinä Fetterman (2001, 44–60) kuvaa, miten terveydenhuollon organisaatio asettaa tavoitteekseen luoda perhekeskeisemmän sairaalan. Ensimmäisessä vaiheessa kehittämisohjelman kaikki keskeiset toimijat aina perheitä myöten osallistuvat sairaalan uuden mission suunnitteluun. Missio kiteytyi toteamukseen ”Missiona on inspiroida kulttuurin muutosta läpi sairaalan siten, että luodaan dynaaminen kumppanuus perheiden ja ammattilaisten välille”. Toisessa vaiheessa listattiin kaikki avaintoiminnot, asetettiin niiden keskinäinen tärkeysjärjestys, arvotettiin jokainen toiminto (asteikolla 1–10) ja käytiin dialogia jokaisen arvon merkityksestä. Lopuksi tehtiin päätökset siitä, mitkä 10 toimintoa ovat tärkeimpiä. Tässä luvussa ei ole mahdollista syventyä tähän menetelmään tarkemmin, mutta on olennaista havaita, että myös dialogisen prosessin edistäminen edellyttää johtajilta ja työntekijöiltä pitkäaikaista sitoutumista.

Dialogisuuden hyödyntäminen johtajana

Sosiaali- ja terveydenhuollossa vastakkainasettelu saatetaan kokea helposti johtamistyötä haittaavaksi. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon lähi- ja keskijohdon rooli vahvistuu entistä enemmän myös strategisessa päätöksenteossa. Yhä useimmin johtajien on tiedettävä toimintaympäristönsä tarpeista ja kansalaisten odotuksista nykyistä enemmän, jotta niukat resurssit osataan kohdistaa tehokkaasti. Tämä edellyttää, että johtajat kykenevät asettamaan hedelmällisesti vastakkain eri näkemyksiä, joita edustavat vielä eri työntekijäsukupolvet erilaisine odotuksineen.

Tämän tästä mediassa kerrotaan, että ”jotkut johtajista ovat saaneet lähteä yrityksen johdossa ilmenneiden jatkuvien vastakkainasettelujen vuoksi”. Vaikka todellisuus on moniääninen, tätä vastakkainasettelua ohjaa usein vahvasti ”joko tai” -määrittely. Ajan oloon tästä voi kutoutua kulttuuri, jonka tiedostaminen ja muuttaminen edellyttävät vastakkainasettelun analyysia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on aikaisempaa enemmän pyrittävä organisaation tavoitteiden toteuttamiseen tietyn aikataulun mu-

kaisesti. Kun vastakkainasettelu tuntuu arkielämässäkin epämiellyttävältä, johtajilta vaatii erityistä taitoa pitää sitä muutoksen onnistumisen kannalta välttämättömänä. Usein on helpompaa kuunnella päätettävissä asioissa ylemmän johdon ääntä kuin pyrkiä ymmärtämään erilaisten äänien luomaa mahdollisuutta muutokseen.

Kun puhutaan organisaatiosta, puhutaan aina tavoitteista tai päämääristä, joihin ihmisten oletetaan olevan sitoutuneita. Useasti esimerkiksi johtoryhmätyöskentely perustuu ajatukseen siitä, että kaikki tietävät, mitä tavoitellaan. Valitettavasti tavoite ei kuitenkaan usein ole selvä tai siitä vallitsee useita eri implisiittisiä tulkintoja. Vastaavasti mitä kirjavampi johtoryhmä on ammatillisesti, sitä vaikeampi sen on usein löytää yksimielisyyttä edes toiminnan peruskäsitteistä, kuten tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Dialogisesti strategisen johtoryhmän tehtävän määrittelyn tekee ongelmalliseksi vielä se, ettei tulevien sairauksien tai avun tarpeiden alueellisen esiintymisen ennustaminen ole yksinkertaista. Vaikka ennustamisessa päästäisiin eteenpäin, yhteisen tavoitteen haasteeksi nousevat erilaiset asiantuntijakäytännöt, jotka syntyvät tietoperustasta.

Johtamisen ja organisoinnin ongelmat eivät aina ole todellisten syiden aiheuttamia, vaan usein niitä aiheuttavat myös kyseisten syiden etsimiseen käytetyt johtamismenetelmät. Tietyissä tilanteissa dialogisuus on aiheellinen lähestymistapa, koska sen avulla vaikeat arvokysymykset saadaan mukaan keskusteluun. Dialogi arvokysymyksistä luo jalustan kestäville johtamisen strategioille sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pelkkä dialogisuus sinänsä ei kuitenkaan ratkaise kaikkia ongelmia, vaan johtajien on myös kyettävä tunnistamaan, milloin ongelmat ovat kulttuurisesti niin syvään juurtuneita, että niiden tarkastelu johtaa siihen, että niitä käsitellään yhä uudelleen ja uudelleen samoissa tilanteissa.

Olisi siis tärkeää, että johtaja pohtisi tarkasti seuraavia dialogisen johtamisen hyötyjä ja haittoja. Vastaaminen dialogisen johtamisen hyötyjä ja haittoja koskeviin kysymyksiin antaa mahdollisuuden aloittaa reflektoinnin. Tätä pohdintaa voi luonnollisesti koetella

– työyhteisön kokouksissa
– työryhmissä
– kehityskeskusteluissa

– kysymällä avoimesti henkilöstöltä heidän valmiuttaan ryhtyä dialogiseen toimintakulttuurin uudistamiseen.

Dialogisen johtamisen hyödyt ja haitat

Hyödyt:

1. luovuus. Lisääkö avoimuus uusien vaihtoehtojen etsintää?
2. epävarmuuden käsittely. Mahdollistaako dialogi anteeksiantamisen ja vaikeiden ihmissuhteiden toimivan tarkastelun?
3. väärinymmärrysten pohdinta. Pystyvätkö ja haluavatko kaikki sitoutua ja pitää dialogisuuden edellyttämät lupaukset?
4. kokemuksellinen tieto. Uskaltavatko ihmiset todella sanoa, mitä he ajattelevat ja kokevat?
5. tulkintojen alkuperän tunnistus. Pystyvätkö ihmiset loukkaantumatta ja loukkaamatta analysoimaan dialogilla toimintansa sokeita pisteitä ja perusoletuksia?
6. muutos. Uskotaanko, että dialogilla voi edistää koko yksikön kulttuurista muutosta?

Haitat:

7. jännitteet. Vaatiko dialogi liikaa henkisesti ja aiheuttaa uusia ristiriitoja ihmisten välille?
8. epävarmuuden lisääntyminen. Otetaanko dialogissa liian suuri riski, jolloin kaikki eivät osallistukaan ja epävarma tieto heikentää toimintaa?
9. väärinymmärrysten kasaantuminen. Edetäänkö dialogissa pohdiskelusta vaihtoehtoihin ja päätökseen kaikkien käsityksiä kunnioittavasti?
10. avoimuuden riski. Pystyvätkö kaikki kertomaan ja jakamaan kokemuksiaan avoimesti?
11. infoähky. Tuotetaanko organisaatiossa niin paljon ideoita, että ydin hämärtyy ja alkaa kilpailu parhaasta ideasta?
12. ristiriitojen vaikeutuminen. Onko käytössä oleva dialoginen toimintatapa ristiriidassa organisaation tavoitteiden kanssa?

Keskeistä:

- Dialogiin pohjautuva johtaminen mahdollistaa erilaisen osaamisen kumuloitumisen organisaation parhaaksi. Johtamistyötä ei voi tehdä yksiäänisesti.
- Sosiaali- ja terveydenhuollossa vastakkainasettelu saatetaan kokea helposti johtamistyössä toimintaa haittaavaksi tekijäksi. Dialogisuuden aste kertoo organisaation henkisestä tilasta.
- Kokouskäytännöillä voidaan edistää tai estää erilaisten näkemysten esiintuloa.

10
Talouden johtaminen

Eila Kankaanpää

”Päättäjille saattaa syntyä käsitys, että miljoonien eurojen ylijäämät ovat ylimääräistä rahaa. Kirjanpidollista ylijäämää ei pidä kuitenkaan sotkea kunnan kassavaroihin.”

Pentti Meklin (3.12.2010)

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen vaatii laajasti ymmärrystä sekä julkisen että yksityisen sektorin taloudesta. Tässä luvussa tarkastellaan sosiaali- ja terveysorganisaatioiden taloutta erityisesti tuotteistamiseen, kustannuslaskentaan ja budjetointiin liittyvinä kysymyksinä.

Talouden kysymykset erilaisissa organisaatioissa

Talousnäkökulma sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisessa ja tuottamisessa vaihtelee organisaatioittain. Osassa organisaatioita on tärkeintä budjetoida toimintaan liittyvät kustannukset mahdollisimman tarkasti ja saada rahoitus toimintaan poliittisten päätöksentekijöiden hyväksymässä budjetissa. Osa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajista toimii kilpailevilla markkinoilla, jossa tulorahoitus tulee asiakasmaksuista, esimerkiksi kunta-asiakkailta tai henkilöasiakkailta. Järjestöorganisaatioissa taas esimerkiksi erilaiset avustukset (esim. STEA), lahjoitukset ja jäsenmaksut vaikuttavat keskeisesti tulorahoitukseen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat osallistuvat yhä useammin kilpailutuksiin, mikä edellyttää, että palvelut on tuotteistettu ja kustannuslaskenta ja hinnoittelu ovat kohdallaan. Palvelun maksaja tai rahoittaja voi olla tilaaja, jolla on aktiivinen rooli tilattavien palvelujen sisällön määrittelyssä ja tarvearviossa (tuotettujen palvelujen määrissä). Asiakkaan roolin muuttuminen palvelujen kohteesta kuluttajaksi, joka haluaa tietää palvelujen sisällöstä, tarkoittaa myös sitä, että yksiköiden ja henkilökunnan pitää osata kuvata palvelujen sisältöä.

Talouden hallinta sosiaali- ja terveystoimessa on dialogista yhteistyötä. Kustannuslaskentaa varten tarvitaan palveluiden jäsennystä eli tuotteistamista. Johtajan työ helpottuu, jos hän tietää, mitä yksikössä tehdään ja miten. Tähänkin tuotteistaminen on sopiva työkalu. Tuotteistaminen ja kustannuslaskenta yhdessä luovat perustan budjetoinnille, johon taas liittyy hinnoittelu. Tuotteistamisessa tarvitaan substanssiosaajaa varmistamaan tuotteiden ja valikoiman mielekkyys. Laskennan ammattilainen varmistaa, että valitun tuoteluokituksen kustannukset on mahdollista selvittää. Tuotteistamiseen ja kustannuslaskentaan tarvitaan myös tietojärjestelmäosaaja varmistamaan, että valitun tuoteluokituksen tiedot (tuotemäärä- ja kustannustiedot) voidaan poimia tietojärjestelmistä. Ostopalvelujen johtamisessa taas tarvitaan hankintalain (laki julkisista hankinnoista 348/2007) edellyttämää osaamista.

Talouden hallinta edellyttää seurantaa ja arviointia. Seuranta- ja arviointitiedon tarve ei koske vain välittömästi talouteen liittyviä tietoja. Myös palvelujen laadun kehittämiseen tarvittava seurantatieto pitää määritellä tuotteistamisen yhteydessä. Käytännössä tietojärjestelmistä saadun tiedon puutteet ja ongelmat ovat olleet tuotteistamisen haasteita myös sosiaali- ja terveydenhuollossa (ks. esim. Torppa-Saarinen 2009, ks. tarkemmin johdon tietojärjestelmistä luvusta 11.)

Tuotteistaminen

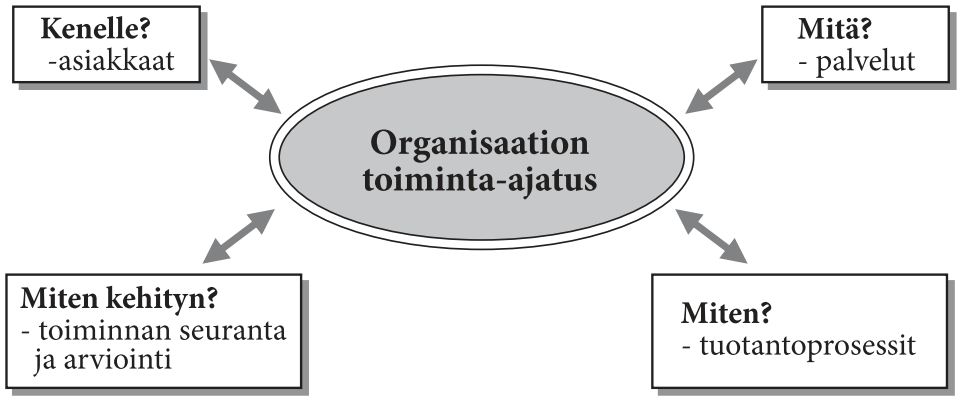
Tuotteistamisessa ryhmitellään palvelut tuotteiksi ja määritetään niiden sisältö, tarkoitus tai tavoite ja laatuominaisuudet (esim. Lahtinen 1995, Linnakko 2005). Tuotteistamista käytetään tuotantoprosessin laatutavoitteiden määrittelemiseksi ja kehittämiskohteiden tunnistamiseksi. Lisäksi sitä tarvitaan kustannuslaskennan ja hinnoittelun perustaksi, jos palveluja myydään asiakkaille tai muille organisaatioille. Tuotteistamisen yhteydessä syntyy materiaalia, joka selkiyttää palvelujen markkinointia (esim. tuotekuvaukset, esitteet) ja asiakastiedotusta. Sivutuotteena taas syntyy usein oman työn kehittämishanke tai laatuprojekti. Ilman tuotteistusta kustannukset saatetaan laskea tuotteelle, jota ei tuoteta asiakkaan ja kustannusten näkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla. Viime vuosina myös sosiaali- ja terveydenhuollon tuotteistamista on kehitetty ja tutkittu (ks. esim. Välimaa 2006, Torppa-Saarinen 2009).

Tuote

Tuote on asiakkaalle tarkoitettu palvelu, tavara tai näiden yhdistelmä. Kunnallishallinnossa tuote voi olla myös päätös tai hallintotoimi. Tuote voi olla hyvin suppea, esimerkiksi yksittäinen toimenpide, tai pitkäkestoinen palveluketju tai -kokonaisuus, joka koostuu monesta jaksosta ja suoritteesta. Tuotteen määrittelyssä otetaan huomioon, mitä erilaisia palveluja asiakkaalle tuotetaan ja miten resursseja käytetään eri palvelujen tuottamisessa. Jokainen tuote määritellään erikseen. (Majoinen ym. 2003, Melin & Linnakko 2003.)

Tuotteistamisprosessissa on viisi vaihetta (kuvio 10). Näistä kaksi ensimmäistä ovat tuotteistamista valmistelevaa ja käytännössä yhteneviä strategisen johtamisen kysymysten kanssa (ks. luvuista 2 ja 4). Ne selkeyttävät toiminnan lähtökohtia ja palveluiden sekä palveluprosessien jäsentämistä. Tuotteistamisprosessissa

1. kirkastetaan yksikön ja organisaation yhteinen ymmärrys yksikön toiminta-ajatuksesta ja perustehtävästä ja viestitään se myös asiakkaille
2. tunnistetaan asiakkaat (erilaiset asiakasryhmät) ja heidän tarpeensa, varsinkin ne, joihin yksikön palveluilla pyritään vastaamaan
3. tunnistetaan tuotteet ja kehitetään tuotantoprosesseja
4. rakennetaan oman toiminnan kehittämiseksi tarvittava seuranta- ja arviointijärjestelmä (osaksi tietojärjestelmää tai erilliseksi järjestelmäksi)
5. kuvataan palvelut ammattilaisille (henkilöstölle) ja asiakkaille (maksajille ja käyttäjille).



Kuvio 10. Tuotteistaminen.

Toiminta-ajatuksessa kuvataan,

– mihin asiakkaan tarpeeseen yksikön toiminnalla pyritään vastaamaan tai mikä on asiakkaan hyöty (toiminta-ajatuksen tulososa: mitä asiakas saa?)
– miten tarpeisiin vastataan (toiminta-ajatuksen panososa: miten toimimalla ja mitä tekemällä tuotetaan hyöty asiakkaalle).

Toiminta-ajatuksen tulisi motivoida myös henkilöstöä. Liian laaja toiminta-ajatus ei auta rajaamaan tehtäväkenttää. Sen pohjalta pitäisi myös pystyä tekemään johtopäätöksiä siitä, mitkä asiakastarpeet kuuluvat muille ja miten varmistetaan, että asiakas löytää oikeaan paikkaan tällaisia palveluja tarvitessaan. Usein juuri toiminta-ajatuksen määrittäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa on haasteellista, sillä poliittiset ja strategiset tavoitteet saattavat jäädä liian yleiseksi teksteiksi ja niiden anti varsinaisen toiminnan ohjaamisessa jää konkretisoitumatta.

Asiakasryhmien määrittelyt auttavat tuotannon ohjaamisessa asiakkaiden tarpeiden mukaisiksi. Asiakkaat pyritään ryhmittelemään joidenkin yhdistävien tekijöiden mukaan homogeenisiin ryhmiin omiksi segmenteikseen. Segmentoinnin avulla pystytään lähestymään samankaltaisia asiakkaita samalla tavalla ja kohdistamaan resursseja oikein. (Rope & Pöllänen 1998, 42.) Viime vuosina myös sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakassegmentointia on käytetty hoito- ja palveluprosesseissa ja käytäntöjä on pyritty rakentamaan niin, että suurin osa asiakkaista ja potilaista sopii prosessiin asiakassegmenttinä. Aina on kuitenkin myös sellaisia asiakkaita, joiden tarpeiden mukaista palvelu- tai toimenpidetuotteistusta ei ole mahdollista tai edes järkevää tehdä. Olennaista on, että suurin osa asiakkaista on mahdollista segmentoida ja suurin osa palveluista on mahdollista tuotteistaa.

Tuotteistusprosessi vaatii aikaa sekä johtajan ja henkilökunnan sitoutumista. Tuotteistaminen voi toimia impulssina myös toiminnan kehittämiselle. Kehittämisen lähtökohta on selvästi parempi, jos henkilöstö on osallistunut tuotteistamisen tekemiseen ja työyhteisöllä on ollut aikaa kypsyä muutokseen. Tältä osin tullaan muutosjohtamisen kysymyksiin, joita tarkasteltiin luvussa 7. Tuotteistamiseen tai laatutyöhön liittyvän käsitteistön tulisi olla kaikkien ymmärtämää ja sisäistämää. Talouden käsitteistö voidaan kokea vieraaksi sosiaali- ja terveydenhuollossa, varsinkin jos omaan koulutukseen ei ole sisältynyt taloushallintoa. Palveluihin ja tuotteisiin liittyvien tuotantoprosessien analyysissä pyritään sekä laadukkaisiin palveluihin että minimoimaan resurssien käyttö. Palvelut pyritään rakentamaan sisällöltään ja laadultaan mahdollisimman hyviksi, mutta kuitenkin niin, että resursseja käytetään viisaasti, jotta asiakkaat tai tilaaja ovat

halukkaita maksamaan hinnan ja tuotantokustannukset. Tätä vaihetta voi arvioida myös johtamisen näkökulmasta kysymällä, tuotetaanko sosiaali- ja terveyspalveluissa liian laadukkailta tai heikkolaatuisia palveluita tai olisiko resurssi tarkoituksenmukaista siirtää muualle. Näitä kysymyksiä voidaan arvioida myös osana tuotteistamisprosessia.

Tuotantoprosessien kuvauksella on paljon yhteyksiä laatutyöhön, perehdyttämiseen, työn kehittämiseen ja tuotekehitykseen. Kuvauksen tuloksena syntyvään sisäiseen työ- tai toimintaohjeeseen tai prosessikuvaukseen kirjataan myös, miksi mikin toimenpide sisältyy tuotteeseen, mitä sillä tavoitellaan ja missä vaikuttavuus on osoitettu. Tällöin yksikön käytännöille on perustelu ja myös asiakkaalle on helpompi perustella, miksi jotakin tehdään ja jotakin ei.

Lisätietoja tuotteistamisprosessista

Tuotteistamistyö, käsitteet:

Holma Tupu & Lahtinen Yrjö 1995. Tuotteistuksen perusteet. Teoksessa Lahtinen Yrjö (toim.) Tuotteistus ja kustannuslaskenta. Perusterveydenhuollon Tuote-projektin raportti 1. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Karimaa Erkki 2002. Julkishallinnon suositus 152. Prosessien kuvaukset. Yleinen rakenne, esitysmuoto ja käsitteet. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Tuotteistaminen tutuksi. Idea ja työvälineet. 1998. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Välimaa Anne (toim.) 2006. Työ- ja yksilövalmennuspalvelujen tuotteistaminen. Valtakunnallinen työpajayhdistys ry, Helsinki.

Johtajien kokemukset tuotteistamisesta:

Torppa-Saarinen Eeva 2009. Tuotteistaminen tuotannon johtamisen ja kehittämisen näkökulmasta. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 2. Tampereen kaupunki, Tampere.

Kuntaliiton tuotteistusprojektia (Lahtinen 1995, 142) arvioitaessa havaittiin, että palvelujen tuotteistamisen jälkeen kiinnitettiin entistä enemmän huomiota toiminnan vaikuttavuuteen. Mutta laatu, toiminnan seuranta ja arviointi eivät olleet tuotteistamisprosessin aikana näkyvästi esillä. Jottei jouduttaisi tekemään toista kierrosta ja liittämään tuotantoprosessiin laa-

dun ja vaikuttavuuden mittareita, kannattaa jo tuotteistamisessa miettiä asioita, joilla voidaan arvioida yksikön toimintakykyä (vrt. esim. BSC:n arviointikriteereihin). Kun laatutavoitteet kirjataan tuotekuvauksiin, ne ovat myös asiakkaalle viesti siitä, että toimintaa todella halutaan parantaa ja asiakkaiden tarpeille ja toiveille pidetään kanavat auki.

Kun tuotteen sisältö ja tuotantoprosessi on käyty läpi ja viilattu, pyritään se kääntämään asiakkaalle ymmärrettäväksi ja tiiviiksi kuvaukseksi. Tuotekuvauksia käytetään, kun tiedotetaan toiminnasta ja palveluista palvelujen tilaajille tarjouskierroksilla ja myyntineuvotteluissa sekä yhteistyökumppaneille ja sisäisille asiakkaille.

Yleiset tuotteistamisen vaatimukset

– Asiakaslähtöisyys: tuote liittyy asiakkaan tarpeeseen tai ongelmaan.
– Mielekkyys: tuote on mielekäs yksikön toiminta-ajatuksen kannalta.
– Yksittäisen tuotteen kustannushajonta on pieni.
– Palveluvalikoima on riittävä.

Mukailtu teoksesta Lahtinen 1995, 36.

Kustannuslaskenta

Palvelujen hinnoittelun pohjaksi tarvitaan kustannuslaskentaa (ks. myös Linnakko 2005). Sen avulla voidaan myös vastata esimerkiksi kysymykseen siitä, kannattaako jokin palvelu tuottaa itse vai ostaa muualta. Kustannukset kuvastavat toiminnassa käytettyjen resurssien määrää ja ovat yksi näkökulma arvioida toimintaa. Oman toiminnan kustannuksia voidaan myös verrata muiden tuotantokustannuksiin. Kuntien yhteistoiminnan myötä suunnitellaan uudenlaisia tapoja tuottaa palveluja, jolloin yhteiset ja läpinäkyvät kustannuslaskennan menetelmät ovat tärkeitä (Majoinen ym. 2003).

Valtakunnallisia sosiaali- ja terveyspalvelujen yksikkökustannuksia

Kapiainen, Satu, Väisänen, Antti, Haula, Taru. Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 3/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2014. Verkkojulkaisu: http://www.julkari.fi/handle/10024/114683

Kustannuslaskenta voidaan tehdä jo toteutuneen toiminnan ja siihen liittyvien kustannusten perusteella tai tulevaisuudessa tuotettavien palvelujen hinnoittelun pohjaksi. Jos yksikössä ei ole aiemmin tehty kustannuslaskentaa, se kannattaa tehdä jo toteutuneen toiminnan perustella. Samalla yksikkö oppii, miten kirjanpidossa kohdennetaan yksikölle sen toimintaan liittyvät kustannukset. Kustannuslaskennan menetelmän valintaa vaikuttaa tieto toiminnasta ja siihen liittyvistä kustannuksista. Myös yksikön tai organisaation kokemus kustannuslaskennasta, talousasiantuntijan apu ja mahdolliset ohjelmistot vaikuttavat valintaan. Lisätietoa kustannuslaskennasta saa oppikirjoista (Neilimo & Uusi-Rauva 2005), kuntaorganisaatioiden oppaista (Tyni ym. 2009, ks. taulukkolaskentapohjat www.kunnat.net) ja hankejulkaisuista, joissa kustannuslaskentaa on sovellettu erityyppisissä palveluissa (esim. kehitysvammaisten asumispalvelut, Renko 2006).

Kustannuslaskenta aloitetaan selvittämällä yksikön osuus koko organisaation kustannuksista. Yksikön talousarvio voidaan laatia joko aiheuttamis- tai vaikutettavuusperiaatteen mukaan. Aiheuttamisperiaate on kustannusten kohdentamisessa käytettävä pääperiaate. Kustannukset jaetaan tällöin laskentakohteille ja -kausille sen mukaan, miten ne aiheuttavat kustannuksia. Esimerkiksi terveyskeskuksessa lastenneuvolatoiminnasta aiheutuu kustannuksia muun muassa arkiston tai tietojärjestelmän ylläpidosta, palkanlaskennasta ja hallinnosta. Lastenneuvolan kustannuspaikalle tulee siirtää sen osuus näistä toiminnoista joko vyöryttämällä tai sisäisellä laskutuksella. Koska talousarvio ja toiminnan kustannukset ovat useimmissa yksiköissä kaksi eri asiaa, talousarvio ja sen toteuma tulee korjata aiheuttamisperiaatteen mukaan ennen kuin sen pohjalta ryhdytään tekemään kustannuslaskentaa. Kustannusten kohdentamisessa toimintayksikölle käytetään joko vyöryttämistä tai sisäistä laskutusta. Olipa käytössä

kumpi menetelmä tahansa, kustannukset pitäisi kohdistaa yksikölle juoksevasti, jotta niitä voidaan seurata.

Yksikön toiminta jäsennetään tuotteistamista tukevalla tavalla päätoimintoihin. Yksikön kustannukset jaetaan näille päätoiminnoille ja edelleen tuotteille, jolloin saadaan lasketuksi tuotteen tuottamisesta aiheutuvat kokonaiskustannukset eli omakustannusarvo. Merkittävin kustannuslaji sosiaali- ja terveyspalveluissa on työpanos, joten työkustannusten kohdistaminen oikein tuotteille on tärkeää. Työaika jakaantuu kahteen osaan: työssäoloaikaan ja palkalliseen poissaoloon. Työssäoloaika jakaantuu edelleen välittömään ja välilliseen työaikaan. Välitön työaika tarkoittaa aikaa, joka käytetään suoraan työn tekemiseen, esimerkiksi asiakasvastaanottoon. Välitöntä työaikaa kutsutaan usein myös laskutettavaksi työajaksi. Välillistä työaikaa on kaikki muu työssäoloaika, esimerkiksi johto- ja hallintotyö, toiminnan suunnittelu ja ammattitaidon kehittäminen (Kangas-Kuukso ym. 1995, 100, Renko 2006).

Kustannuslaskennan menetelmiä

Yksinkertaisin kustannuslaskennan laji on jakolaskenta. Omakustannusarvo saadaan jakamalla kustannukset tuotteille joko tasan (suora jakolaskenta) tai jossain muussa suhteessa (osituslaskenta). Yksi esimerkki jakolaskennasta on hoitopäivälaskutus.
Ekvivalenssilaskenta on jakolaskennan sovellutus. Yksinkertaisimmillaan siinä vain valitaan ekvivalenssiyksikkö, jolla tuotteiden resurssien käyttö tehdään yhteismitalliseksi. Kaikki kustannukset jaetaan eri tuotteille niiden käyttämien ekvivalenssiyksiköiden määrän mukaan. Esimerkiksi päivähoidossa on käytetty ekvivalenssilaskentaa: yli 3-vuotiaiden päivähoitopaikan ekvivalenssiyksikkö on 1,0, 0–3-vuotiaiden päivähoitopaikka vastaa 1,75 ekvivalenssiyksikköä ja puolipäivähoitopaikka 0,6 ekvivalenssiyksikköä (Tyni ym. 2009, liite Kustannusperusteinen budjetointi).

Yksinkertaisin tapa kohdentaa kustannukset eri tuotteille on ekvivalenssi- ja lisäyslaskennan sovellus. Lisäyslaskennassa kustannukset erotellaan laskentateknisesti välittömiin ja välillisiin kustannuksiin. Välittömät kustannukset voidaan mittaamalla kohdistaa suoraan tuotteille. Pääasiassa se tarkoittaa eri ammattiryhmien tuotteeseen käyttämän työajan selvittämistä, koska tarvikkeiden tai laitteiden kustannukset ovat yleensä vähäiset. Tämä tekee lisäyslaskennasta luontevan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuslaskennan menetelmän, koska suurin osa kustannuksista syntyy työajan käytöstä. Välillisten kustannusten kohdentamisessa käytetään lisäyslaskentaa, jolloin kullekin kustannuslajille määritellään mahdollisimman aiheuttamisperiaatteen mukainen kohdistustekijä. Usein kustannuslajeja yhdistetään ja kustannuslisiä on vain muutama. Yksinkertaisimmillaan välilliset kustannukset kohdistetaan välittömien kustannusten suhteessa, jolloin voidaan käyttää kerrointa.

Edellä kuvattu vyöryttämiseen tai sisäiseen laskutukseen ja kustannusten jakoperusteeseen pohjautuva kustannuslaskenta voi antaa hyvinkin tarkan tuotekohtaisen omakustannushinnan, mutta se ei auta ymmärtämään, mistä kustannukset syntyvät. Toimintolaskenta on kehittyneempi ja monimutkaisempi lisäyslaskentamenetelmä. Toimintolaskennan tavoitteena on siirtää huomio resursseista ja loppusuoritteista siihen, mitä yksiköissä tehdään ja miten tehtävät suoritetaan (Renko 2006, 19). Toimintolaskennassa ajatellaan, että palvelu tai tuote koostuu erilaisista toiminnoista, jotka kuluttavat voimavaroja. Yleiskustannukset suurina vyörytyserinä jäävät pois, kun ne kohdistetaan suoraan tuotteille toimintokohtaisesti. Toimintolaskenta on työläämpi, mutta se tukee paremmin laatujohtamista. Kuntaliiton Tuoteprojekti päätyikin suosittelemaan sitä (Lahtinen 1995). Toimintolaskennassa käytetään apuna tuotantoprosessien kuvausta, joka palvelee myös kehittämiskohteiden tunnistamista. (Keski-Suni 1995). Toimintolaskentaa on sovellettu jo useisiin erityyppisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Renko 2006, 14).

Sosiaali- ja terveysjohtamisen näkökulmasta kustannusten näkyväksi saaminen ja siitä saadun tiedon hyödyntäminen johtamisessa on välttämätöntä. Kun kustannuksia eri tuottajien tai yksiköiden välillä verrataan, tulee arvioida myös mahdollisia laadun, henkilöstön osaamisen ja työtyytyväisyyden sekä organisaatiokulttuurin eroja. Silloin kun oman yksikön kustannukset ovat huomattavasti suuremmat kuin muualla, tulee miettiä, miten omaa toimintaa voitaisiin kehittää vai olisiko parempi ratkaisu hankkia palvelut muualta. Toisaalta esimerkiksi kilpailuttamisessa on voitu vertailla vain oman tuotannon henkilöstökustannuksia suhteessa ulkopuolel-

ta ostettuun palveluun, vaikka organisaation omiin kustannuksiin kuuluvat myös tilat ja laitteet sekä esimerkiksi usein unohdettu henkilöstön kehittämisen resursointi. Lisäksi osa organisaation kustannuksista, esimerkiksi tilojen uusiokäyttö, todentuu pitemmällä aikavälillä, mikä olisi tärkeä huomioida oman toiminnan ja ulkopuolelta ostetun toiminnan kustannusvertailuissa (ks. lisää Rajala ym. 2008).

Ostopalvelujen johtaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon talousjohtamiseen kuuluvat myös mahdollisesti ostettavien palvelujen ja tavaroiden hankinta ja siihen liittyvät prosessit. Tämä koskee erityisesti tilanteita, joissa ostopalveluilla korvataan aikaisempi oma tuotanto. Tarkoituksenmukaista on, että erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat linjanneet strategioissaan (esim. hankintastrategia) oman tuotannon ja ulkoa ostetun palvelun suhteen.

Ulkoistamisen, kilpailuttamisen ja yksityistämisen käsitteiden käyttö ei ole selkiintynyttä (Willberg 2006, Rajala ym. 2008). Yksi mahdollinen rajaus on tässä käytetty rajaus: käsitettä ulkoistaminen käytetään aina kun kunnan/maakunnan järjestämisvelvollisuus toteutetaan ostamalla palvelut. Ulkoistetut palvelut voi tuottaa julkinen toimija, esimerkiksi maakunnan liikelaitos, yksityinen yritys tai yhdistys. Tällöin sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatio siirtyy työvoimamarkkinoilta palvelumarkkinoille sen sijaan, että organisaatio palkkaisi työntekijät ja hierarkisella johtamisella ohjaisi toimintaa. Usein ostopalveluista tehdään sopimus.

Ulkoistetut palvelut on julkisen organisaation kilpailutettava, kun hankintalain edellytykset täyttyvät. Käytännössä se tarkoittaa lähinnä hankinnan euromääräisten kynnysarvojen täyttymistä (Laki julkisista hankinnoista 348/2007; kilpailuttamiseen liittyviä ohjeita: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-ostopalvelu). Hankintalain pääperiaatteina ovat kilpailuttaminen, avoimuus, syrjimättömyys ja tarjoajien tasapuolinen kohtelu. Näin tavoitellaan sekä laadultaan että kustannuksiltaan parhaita palveluita. Vaikka organisaatiossa olisi hankintayksikkö, jolta saa juridista ja teknistä apua, substanssiosaaminen kuuluu sosiaali- ja terveyspalvelujen johdolle. Johto mää-

rittelee, minkälaisia palveluja ja kuinka paljon ostetaan, mitkä ovat olennaiset laatukriteerit, mikä on niiden keskinäinen suhde (tarjouskilpailun pisteytys pohjautuu tähän) ja mikä on toiminnan näkökulmasta sopiva sopimuskauden pituus. Ostotoimintaa kuten omaakin tuotantoa pitää johtaa reklamoimalla, ilmoittamalla muutoksista, ennakoimalla tulevia tarpeita, seuraamalla toteutunutta toimintaa, arvioimalla ja antamalla palautetta.

Yksityistäminen liittyy ulkoistamiseen silloin, kun julkiset palvelut ulkoistetaan yksityiselle tuottajalle. Toinen tulkinta on se, että kun palvelut yksityistetään, ne eivät enää sisälly julkisen sektorin sosiaali- ja terveysorganisaation toimintaan ja budjettiin lainkaan. Tällöin asiakkaat itse hankkivat palvelut suoraan yksityisiltä tuottajilta omilla resursseillaan. Esimerkki tällaisesta yksityistämisestä on sairaalan kahvio- ja kioskipalvelujen yksityistäminen. Jos yksityistämiseen liittyy kunnan asukkaille tai asiakkaille myöntämien palvelusetelien käyttö, palvelusetelit budjetoidaan niiden arvioidun käytön perusteella. Yksityiset tuottajat voivat ilmoittautua palvelusetelituottajiksi ja niiden on silloin täytettävä hyväksymisedellytykset. Toinen vaihtoehto on kilpailuttaa tuottajat.

Budjetointi

Budjetti on johtajan tärkein työkalu sosiaali- ja terveydenhuollon talouden johtamisessa. Käytännössä budjetti on euroiksi muunnettu tavoitteellinen toimintasuunnitelma. Budjetti sitoo yhteen sen, mitä tuotetaan, kuinka paljon tuotetaan, miten ja millä resursseilla tuotetaan (oma/osto) ja miten hankitaan rahoitus näihin resursseihin. Budjetoinnilla varmistetaan, että toiminnalliset tavoitteet pystytään täyttämään ja rahoitus on olemassa tarvittavien resurssien hankintaan. Budjetin laadinta ja käyttö edellyttävät organisaatiokeskustelua organisaation ja toimintayksikön toiminnan tavoitteista sekä tavoitteiden ja toimintojen valintaa. Budjetissa myös sitoudutaan siihen, että tavoitteet pyritään toteuttamaan. Budjetointiprosessiin kuuluu lisäksi se, että tavoitteiden toteutumista seurataan, eroja analysoidaan ja toimintaa muutetaan. (Neilimo & Uusi-Rauva 2005.) Toiminnan ja talouden suunnittelu on mahdollisuuksien selvittämistä ja hyödyntämistä, erilaisten toimintavaihtoehtojen etsimistä, pal-

velujen priorisointia, ongelmien ratkaisemista ja toiminnan sopeuttamista kunnan tuloperustaan (Myllyntaus 2011).

Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa budjetointia ohjaavat kuntalainsäädäntö ja ohjeet. Talousarvio ja -suunnitelma ovat valtuuston tärkeimpiä toiminnan ja talouden ohjausvälineitä. Toimintayksiköiden toiminnalliset tavoitteet tulee johtaa valtuuston hyväksymistä strategioista, päämääristä ja koko kuntaa koskevista tavoitteista. Kuntalain (365/1995) 65. §:n 4. momentin mukaan kunnan toiminnassa ja taloudenhoidossa on noudatettava talousarviota. Tällä on haluttu korostaa talousarvioon sisältyvien toiminnallisten tavoitteiden merkitystä. Tavoitteet ovat osa talousarviota, jota kunnan toiminnassa ja taloudenhoidossa on noudatettava. Toiminnan ja talouden yhteen kytkennän korostamisesta seuraa, että määrärahan tai tuloarvioiden muutosten vaikutukset toiminnallisiin tavoitteisiin selvitetään. (Kunnan ja kuntayhtymän talousarvio ja -suunnitelma 2000, 5, 10.) Vastaavasti maakunnallista palvelujen talousjohtamista määrittää oma lainsäädäntö ja ohjeistus.

Lyhyesti kuvattuna budjetissa arvioidaan 1) tuotettavien palvelujen määrä, 2) niiden tuottamiseen tarvittavat resurssit ja 3) niiden kustannukset. Näiden tietojen pohjalta laaditaan kunnallisissa ja maakunnallisissa yksiköissä meno- ja nettobudjetti ja yksityisissä yrityksissä kustannusbudjetti. Tulorahoitus hankitaan luottamushenkilöiden myöntämällä määrärahalla, asiakkaiden määrään tai palvelujen myyntiin perustuvalla tulorahoituksella. On erittäin tärkeää, että arvioitu tuotanto, kustannukset ja tulot on arvioitu mahdollisimman tarkkaan. Määrärahaan perustuvassa toiminnassa alibudjetointi aiheuttaa lisäbudjetin tarpeen ja ylibudjetointi kannustaa tuhlaukseen (joulukuun ostovimma). Jos yksikkö itse asettaa hintansa, niin liian kalliit hinnat pienentävät menekkiä ja heikentävät kilpailukykyä. Liian halvat hinnat taas johtavat siihen, ettei kustannuksia kyetä kattamaan. Jos yksikön pitää tuottaa palvelut kiinteällä hinnalla, on palvelujen tuotantokustannukset kyettävä pitämään alle hinnan tai maksuperusteen.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa on viime vuosina usein kritisoitu alibudjetoinnista eli siitä, että kustannukset budjetoidaan jo etukäteen liian pieniksi, jolloin niitä joudutaan pakon edessä täyttämään lisäbudjetil-

la (ks. esim. Kallio ym. 2005). Kritiikkiä on esitetty sekä kuntien sosiaali- ja terveysbudjetteja että erityisesti erikoissairaanhoidon budjetteja kohtaan. Alibudjetointi on johtamisen ongelma. Sen syynä on joko se, ettei budjettiesityksestä vastaava johto luota toimintayksiköiden tarvelaskelmiin, tai se, ettei toimintayksikkö ota resurssien tiukentumista tosissaan. Lisäksi kritiikkiä on esitetty esimerkiksi luottamushenkilöiden mahdollisuuksista ymmärtää budjettien sisältöjä riittävän tarkasti. Tähän auttaisivat toiminnan suunnittelun läpinäkyvyys, perustellut tarvelaskelmat ja ennusteet ja niihin vastaamista tukevat toimintasuunnitelma ja budjetti. Vain aidosti ennakoimattomat kustannusten ja palvelutarpeen muutokset tulisi hoitaa lisäbudjeteilla.

Organisaation omistus ja toiminnan luonne pääasiassa määräävät, miten yksikön toiminta ja palvelutuotanto rahoitetaan. Useimmat sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan asiakkaille maksuttomina tai säädellyin ja tuetuin hinnoin. Asiakasmaksut ovat tulolähde, mutta yleensä palvelut rahoittaa pääasiassa joku muu kuin asiakkaat (esim. Kela, kunta, ”tilaaja”). Tilaaja-tuottajamallin käyttöönoton myötä tilaajan rooli palvelujen sekä sisältöjä määrätavoitteiden asettamisessa että hintojen (tuotantokustannusten) hyväksymisessä on vahvistunut (Torppa-Saarinen, 2009). Yksityiset palveluntuottajat osallistuvat kuntien ja muiden julkisten tilaajien kilpailutuksiin, joissa tärkeimpänä valintakriteerinä on palvelun hinta. Palveluiden markkinoistumisen ja julkisen sektorin sisäisen kilpailun kovenemisen myötä on entistä harvinaisempaa, että yksikön budjetointi lähtisi olemassa olevista resursseista, ilman että se liittyisi asiakkaiden tai tilaajan esittämiin palvelutarpeisiin ja tuotettaviin palveluihin.

Budjetin toteuman seuranta ja toiminnan arviointi liittyvät yhteen. Budjetissa asetetut tavoitteet johdetaan organisaation ja yksikön toiminta-ajatuksesta. Julkisten yksiköiden tavoitteina ovat palvelujen määrä, laatu, taloudellisuus (yksikkökustannus) ja vaikuttavuus sen mukaan, mitä yksiköittäin on katsottu tarkoituksenmukaiseksi. Tavoitteet voidaan asettaa tunnuslukutavoitteina, numerotavoitteina tai sanallisina tavoitteina. Yksityisillä palveluntuottajilla on lisäksi omistajien asettamia tavoitteita, jotka koskevat toiminnan taloudellista tulosta. Tavoitteet on kuitenkin asetettava siten, että niiden toteutumista voidaan arvioida. (Kunnan ja kun-

tayhtymän talousarvio ja -suunnitelma 2000, 18.) Esimerkiksi organisaatioiden arviointikertomuksissa ja kuntien tarkastuslautakuntien toiminnassa korostuu tavoitteiden arviointi.

Keskeistä:

- Julkisen ja yksityisen sektorin talouskäytännöt ovat lähentyneet toisiaan viime vuosina. Erityisesti kustannustietoisuuden, tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto ja kilpailutuksen lisääntyminen ovat lisänneet talouden lukutaitoon liittyvän osaamisen merkitystä johtamistyössä.
- Johtaja huolehtii, että eri osaajien yhteistyö sujuu talouden hallinnassa. Asiantuntijoilta voi edellyttää kykyä kuvata omaa työtään. Laskennan asiantuntija perustelee käytetyt vyöryttämismenetelmät, sisäisen laskutuksen ja valitun kustannuslaskentamenetelmän. Substanssiosaajan taas tulee kuvata tuotteet ja niiden sisällöt, ja tietojärjestelmän käyttäjän pitää ymmärtää, mitä kustannus- ja arviointitietoa tarvitaan.
- Johtajan tärkein työväline sekä strategisessa että arjen johtamistyössä ovat budjetti ja sen reaaliaikainen seuranta.

11
Tiedon hallinta johtamisessa

Kaija Saranto ja Sirpa Kuusisto-Niemi

"Knowing is not enough; we must apply. Willing is not enough; we must do."

Johann Wolfgang von Goethe

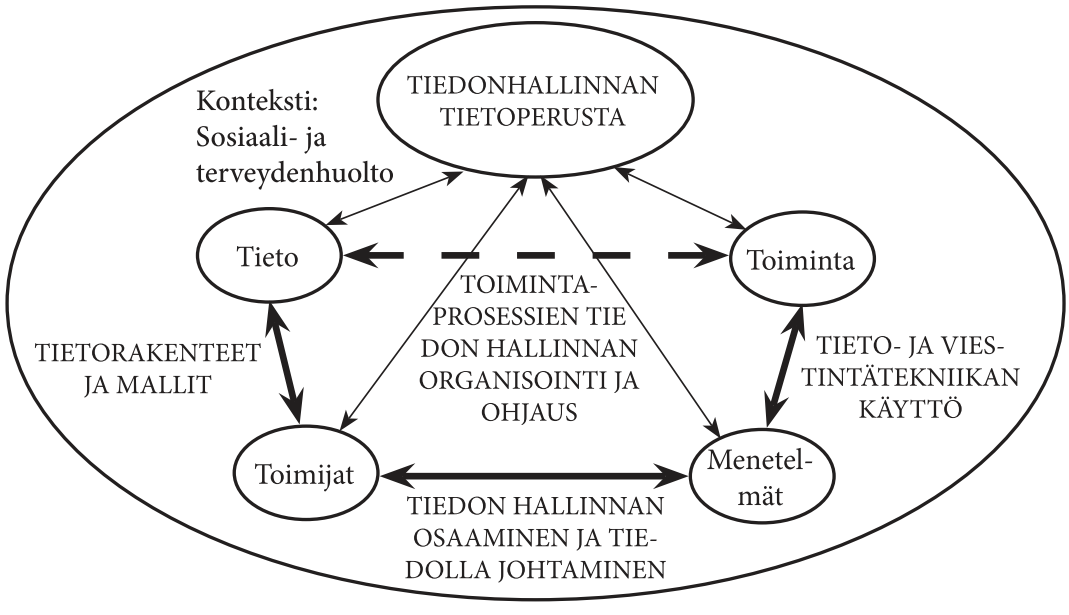
Tässä luvussa tarkastellaan johtamisessa tarvittavaa tietoa ja sen laatua, käytettävien tietojärjestelmien edellytyksiä tietotuotannossa sekä tiedon käyttöä päätöksenteossa. Luku perustuu tiedonhallinnan tutkimuksen paradigmaan, ja sen rakenteena hyödynnetään erityisesti informaatiotutkija Chun Wei Choon (2002) tiedonhallinnan prosessimallia. Ensin on kuitenkin määriteltävä, mitä tietoon ja tietojärjestelmiin liittyvillä käsitteillä tarkoitetaan. Sen jälkeen siirrytään tarkastelemaan itse tiedon-

hallinnan prosessia. Luvun lopuksi esitetään näkemyksiä siitä, miten tietojärjestelmät muuttavat johtamista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tiedonhallinnan paradigma

Tietoa ja sen hallintaa voidaan tarkastella eri näkökulmista. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan kokonaisuutta voidaan kuvata tieteenalan paradigmalla (Saranto & Kuusisto-Niemi 2012). Paradigmalla tarkoitetaan yhden tulkinnan mukaan käsitteellistä tai toiminnallista mallia. Tieteenfilosofi Thomas S. Kuhnin (1994) mukaan paradigma ilmaisee, mitkä ovat tieteenalan kannalta keskeiset ilmiöt ja tutkimuskohteet, millaisia kysymyksiä aiheesta tulee kysyä tai tutkia, kuinka nämä kysymykset esitetään ja kuinka tieteellisiä tutkimustuloksia tulkitaan.

Kuviossa 11 kuvataan tiedonhallinnan tutkimuksen paradigma, jossa johtaminen sijoittuu käsitteellisesti tiedon ja toiminnan rajoille, toimintaprosessien tiedonhallinnan organisointiin ja ohjaukseen. Se kattaa seuraavat organisaation kehittämiskohteet: tiedonkulun, toimijoiden tarvitseman tiedon, tiedon vaikutuksen toimintaan, toiminnan nykytilan mallintamisen ja tavoitetilan asettamisen sekä toimintaprosessien kehittämisen. Johtamisen kannalta on myös oleellista, että johtamistoiminnassa tarvittavat menetelmät ja niiden käyttöä edellyttävä osaaminen hallitaan.



Kuvio 11. Tiedonhallinnan tutkimuksen paradigma (mukailtu teoksesta Saranto & Kuusisto-Niemi 2012).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käsiteltävien tietojen tyypillisiä piirteitä ovat laajuus, monimuotoisuus, pitkät säilytysajat, arkaluonteisuus ja käyttäjien lukuisuus. Nämä suuret tietomassat (Big data), joiden ensisijainen käyttötarkoitus on asiakkaan tai potilaan hoidon tai palvelun toteuttaminen, on yleensä esitetty vapaamuotoisena tekstinä tai pelkistettynä tai koodattuna numerotietona lukuisissa lomakkeissa. Yhdessä henkilöstö-, talous- ja materiaalihallinnon tietojen kanssa ne muodostavat johtamisessa tarvittavat tiedot. Tietokokonaisuus sisältää runsaasti johtamisen kannalta merkityksellisiä tietoja, joiden jalostaminen päätöksentekoon ja johtamiseen korostuu sähköisten tietojärjestelmien käytön laajetessa.

Sähköisten tietojärjestelmien käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa on 2000-luvulla laajentunut erityisesti kansallisten kehittämishankkeiden myötä. Sähköiset potilas- ja asiakasasiakirjat perustuvat kansallisiin tietomäärityksiin, ja niiden käyttöönotto eri ohjelmistoihin on edennyt kunnissa ja kuntayhtymissä sekä sairaanhoitopiireissä asiakas- ja potilastietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön ja ohjeistuksen tuella (STM 2003:38, STM 2005:1, STM 2012:4, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015). Haasteena on kyetä yhdistämään nämä palvelua koskevat tiedot organisaatioista käytössä oleviin resurssitietoihin.

Tiedonhallinnan näkökulmasta tietoa tarkastellaan jatkumona datasta tietoon ja viisauteen. Tietojen käsittelyn yhteydessä käytetään yleisimmin termejä data, informaatio ja knowledge, joka suomennetaan usein tietämykseksi. Data on raakatietoa, informaatio jalostettua tietoa ja tietämys omaksuttua tai sovellettua tietoa (Stenius 1989). Sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä lähtee liikkeelle datasta, joka jalostetaan ensin informaatioksi ja sitten tietämykseksi. Ihmiset viestivät tietämyksellä ja informaatiolla. Tietokoneet taas viestivät pelkästään datalla, ja toistaiseksi ne pystyvät varastoimaan tietokantoihin lähinnä dataa. Asiantuntijajärjestelmät hyödyntävät näitä tietokantoja ja tuottavat niistä informaatiota tietojenkäsittelysääntöjen perusteella. Tietämys sen sijaan on yksinomaan inhimillinen ominaisuus, joka perustuu yksilön hallitsemaan informaatioon. (Nylander ym. 2002.)

Jokapäiväisessä elämässä tieto ja informaatio käsitetään jokseenkin samaksi asiaksi. Voidaan kuitenkin sanoa, että informaatiosta tulee tietoa

vasta kun yksilö on käsitellyt ja ymmärtänyt sen omakohtaisesti. Tiedoksi voidaan kutsua myös sellaista perusteltua henkilökohtaista uskomusta, joka lisää yksilön kykyä tehokkaaseen toimintaan ja päätöksentekoon (Alavi & Leidner 1999). Yksilön tietoa kutsutaan usein hiljaiseksi tai proseduraaliseksi tiedoksi vastakohtana organisaation omistamalle näkyvälle, deklaratiiviselle tiedolle.

Tunnetuimman näkyvän ja hiljaisen tiedon keskinäistä suhdetta kuvaavan mallin ovat laatineet japanilaiset organisaatiotutkijat Ikujiro Nonaka ja Hirotaka Takeuchi (1995). Näkyvällä eli eksplisiittisellä tiedolla tarkoitetaan organisaation sisällä helposti ilmaistavaa, jaettavaa ja säilytettävää tietoa. Se on konkreettista, muodollista ja yksilöstä riippumatonta tietoa, joka ilmaistaan sanallisesti, kirjallisesti tai kuvallisesti. Hiljainen tieto syntyy organisaation perinteiden ja jaettujen kokemusten pohjalta yksilöllisesti. Tiedonmuodostuksen kehä lähtee liikkeelle, kun yksilöt jakavat kokemuksiaan sosialisaatioprosessissa ja siirtävät siten omaa hiljaista tietoaan toisille. Jotta hiljainen tieto saadaan organisaation käyttöön, se on ulkoistettava näkyväksi eli käsitteellistettävä, jolloin se yhdistyy organisaation jäsenten aiempaan tietoon. Kun yksilö sisäistää näkyvän uuden tiedon osaksi omaa tietopääomaansa, se muodostaa ymmärtämisen prosessissa uudelleen hiljaista tietoa, joka siirtyy organisaatiossa jatkuvan sosialisaatioprosessin käyttöön ja tiedon jatkuvan kehityksen ainekseksi. Organisaatiotutkimuksessa on myös esitetty, että organisaatioillakin on hiljaista tietoa, jota kertyy organisaation tietovarantoihin, kun työntekijät jakavat kokemuksiaan ja käytäntöjään keskenään käyttämällä hyväkseen sosiaalisen median välineitä (Kimmerle ym. 2010).

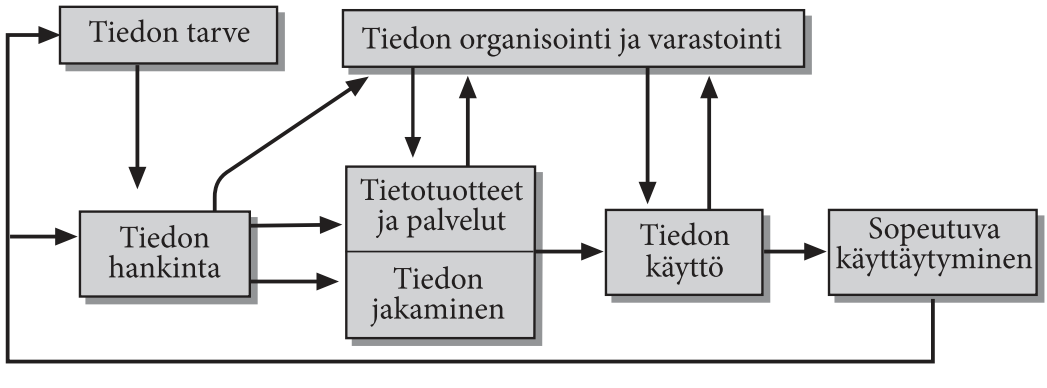
Organisaatiotutkija Frank Blackler (1995) erottelee organisaation tiedon tyyppien jaottelun pohjalta seuraavat organisaatiolajit: Asiantuntijaorganisaatioiden, kuten sairaaloiden, toiminta perustuu toiminnallistetun tiedon (embodied knowledge) hyödyntämiseen. Se on kasvokkaista, tekemällä opittua, osittain ilmaistua ja ympäristöön juurtunutta tietoa. Rutiinitietoorganisaatiot, kuten teollinen tuotantolaitos tai tehdas, joita Blackler kutsuu konebyrokratioiksi, toimivat taas tekniikkaan, sääntöihin ja menettelytapoihin ankkuroidun tiedon (embedded knowledge) pohjalta. Ankkuroitu tieto sijaitsee järjestelmällisissä rutiineissa kuten rooleissa tai menettelytavoissa. Symbolianalyytikko-organisaatioiden toiminnan perustana puolestaan

on käsitteellinen tieto (embrained knowledge), joka sisältää monimutkaisia sääntöjä ja syysuhteita. Tällaisia organisaatioita ovat tietointensiiviset yritykset, kuten tietoteknisten ohjelmistosovellusten tuottajat. Viestintäintensiiviset organisaatiot, joiden tuotanto perustuu innovaatioihin, ovat vastaavasti hyvin riippuvaisia kulttuurisesta tiedosta (encultured knowledge), joka on ymmärrystä ja yhteistä tulkintaa luovaa sekä sosialisaatiota tukevaa tietoa.

Lisäksi organisaatioissa esiintyy kooditettua tietoa (encoded knowledge), joka välitetään merkkeinä ja symboleina. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot eivät kuitenkaan edusta puhtaasti yhtä organisaatiotyyppiä, vaan niissä esiintyy sekä eri tietotyyppejä että piirteitä monista organisaatiotyypeistä. Käsitteellinen, kulttuurinen ja kooditettu tieto ovat kuitenkin saamassa merkittävämmän aseman tietotyössä kuin ankkuroitu ja toiminnallistettu tieto.

Tiedonhallinta organisaatiossa

Tiedonhallinnan tutkimuksessa prosessia, jossa tieto syntyy ja sitä käytetään hyväksi organisaatioissa, on kuvattu monin eri tavoin. Se voidaan katsoa esimerkiksi toiminta-ajatuksesta, visioista ja strategiasta lähteväksi jatkumoksi, joka sisältää seuraavat osat: tietotarpeiden tunnistaminen, kerättävän tiedon määrittely, tiedon rakenteiden luominen, tietojärjestelmien ja tietovarastojen ylläpito, tiedon jalostaminen ja uuden tiedon tuottaminen, jakelu ja levitys sekä viestintä ja tietopalvelu. (Tiedon hallinta toiminnan tukena 2003.) Toinen varsin usein käytetty tapa kuvata tiedonhallinnan prosessia on informaatiotutkija Chun Wei Choon (2002) malli, joka esitetään seuraavassa kuviossa 12.



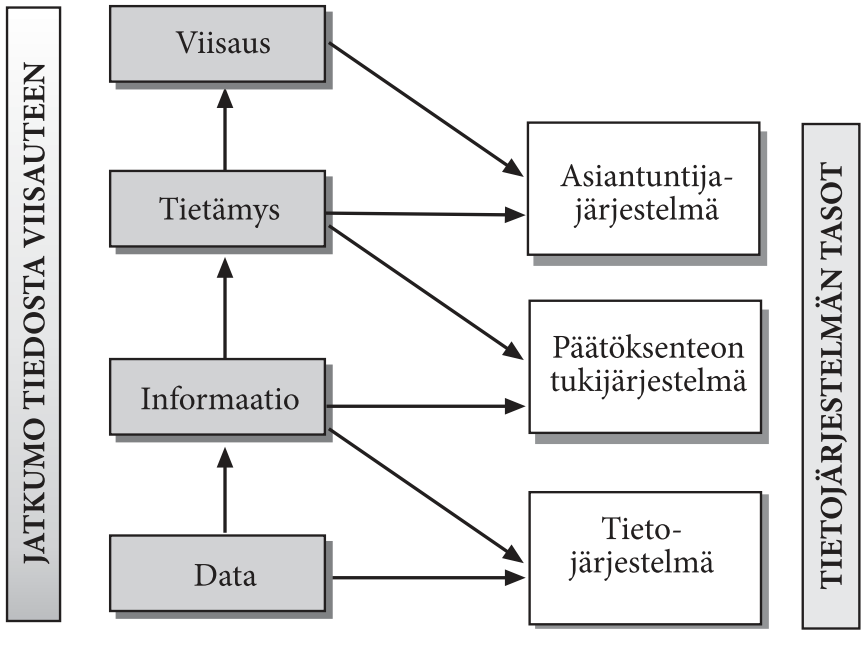
Kuvio 12. Tiedonhallinnan prosessimalli (Choo 2002).

Tietojärjestelmien (Information system, IS) avulla yksilöiden tietoa jaetaan ja yhdistellään. Tietojärjestelmä voidaan määritellä monin eri tavoin. Tietojärjestelmällä on vanhastaan tarkoitettu ihmisistä, prosesseista, datasta, malleista ja teknologiasta koostuvaa kokonaisuutta, joka muodostaa jotakin organisaation tarkoitusta tai toimintoa palvelevan yhtenäisen rakenteen. Tietojärjestelmä voidaan myös määritellä abstraktiksi systeemiksi, jonka muodostavat tiedot ja niiden käsittelysäännöt. Tällöin voidaan joko syventyä tutkimaan tietojärjestelmien tietovirtoja ja tiedon kulkua tai jättää vähemmälle huomiolle se, miksi ja miten tietoa käsitellään. Toisaalta voidaan korostaa termiä järjestelmä, systeemi, jolloin tietojärjestelmät katsotaan systeemissä tarvittavan tiedon ohjaamisen välineiksi. Voidaan myös painottaa tietojärjestelmien tiedonvälityksen, kommunikoinnin, aspektia. Tietojärjestelmien teknistä aspektia korostavat samaistavat tietojärjestelmät tietokoneisiin ja erityisesti tietokoneohjelmistoihin. Organisaation perustoimintaa palvelevia tietojärjestelmiä kutsutaan operatiivisiksi järjestelmiksi. Ensimmäisiä operatiivisia järjestelmiä kehitettiin hallinnon eri tehtäviin, kuten laskutukseen, kirjanpitoon, palkanlaskentaan ja materiaalihallintoon. Sosiaali- ja terveydenhuollossa operatiivisia järjestelmiä kehitettiin myös asiakas- ja potilashallintoon, minkä jälkeen asiakas- ja potilasvirtojen kulkua ja niihin liittyvää taloutta on hoidettu tietojärjestelmillä. (Saranto & Korpela 1999.)

Tietojohtaminen tarkoittaa tiedonhallinnan kannalta tarkasteltuna muun muassa tiedon tuottamista, esittämistä, varastoimista, siirtoa, muuntoa, soveltamista, käyttöä ja suojaamista organisaatiossa (Schultze & Leidner 2002). Näiden alaprosessien kautta tieto leviää ja muuntuu organisaatiossa: yksilön tiedosta tulee laajemman ryhmän tietoa, ja näkymätön tieto muuntuu näkyväksi tiedoksi. Tiedonhallinnan näkökulmasta tiedolla johtamisen käsite viittaa siis järjestelmälliseen prosessiin, jossa sekä hiljaista että näkyvää tietoa hankitaan, järjestellään ja käytetään organisaatioiden toiminnan tehokkuuden ja tuottavuuden lisäämiseksi. (Alavi & Leidner 1999.)

Johtamisen yhtenä tavoitteena on jatkuva uuden tiedon soveltaminen käytäntöön. Se on ilmiönä moniulotteinen ja samalla välttämätön johtamisen elementti. Erilaiset tekniset järjestelmät auttavat nykyaikaisia orga-

nisaatioita hallitsemaan tietovarantojaan. Operatiivisten järjestelmien raportti- ja tilastoaineistoa voidaan sellaisenaan käyttää organisaation toiminnan seurantaan, suunnitteluun ja johtamiseen tai niiden tuottamaa raakatietoa voidaan käsitellä erillisillä johdon tietojärjestelmillä. Johdon tietojärjestelmällä (Management Information System, MIS) tarkoitetaankin laajasti määriteltynä erityisesti tietämyksen jakamisen ja integroinnin avuksi kehitettyjä tietojärjestelmiä. Johdon tietojärjestelmä -käsitteeseen voidaan siten lukea toimisto- ja raportointijärjestelmiä sekä johdon tukijärjestelmiä, kuten päätöksentukijärjestelmiä ja asiantuntijajärjestelmiä. Johdon tietojärjestelmiin liittyvä tieto saadaan organisaation operatiivisten ja asiakas- ja potilastietojärjestelmien tietokannoista. Kuviossa 13 kuvataan, miten tiedon hierarkkinen jalostuminen on yhteydessä tiedon käyttöön tietojärjestelmissä.



Kuvio 13. Tiedon hierarkian ja tietojärjestelmien yhteydet (Englebardt & Nelson 2002).

Terveydenhuollossa on kehitetty kliinisiä päätöksentukiohjelmistoja, mutta johtamista tukevia ohjelmistoja on vielä varsin vähän. Tietojärjestelmät voivat värikoodien avulla antaa herätteitä tilanteista, joissa esimerkiksi käyttöön varatut resurssit tai vahvistetut tunnusluvut ylittyvät. Niin kut-

suttu liikennevaloperiaate on käytössä monessa organisaatiossa havainnollistamassa toiminnan tehokkuutta ja tukemassa päätöksentekoa. Vain tietojärjestelmien perusraaka-ainetta, dataa eli koodattua tietoa, voidaan jatkojalostaa, minkä vuoksi myös tietojärjestelmien kehittäminen johdon tietojärjestelmiksi on hidasta. Tiedon rakenteisuuden lisääntyminen ja tietokantojen kehittyminen mahdollistavat myös johtamista tukevien tietojärjestelmien kehittymisen.

ESIMERKKI	Tiedon hierarkian ja tietojärjestelmien yhteys

Tiedon hierarkian ja tietojärjestelmien yhteyttä voidaan havainnollistaa seuraavalla osittain kuvitteellisella esimerkillä. Tietojärjestelmien perusraaka-aine on dataa, koodattua tietoa, kuten koodi AV, joka tulkittuna informaationa tarkoittaa aamuvuoroa klo 7–15. Tietojärjestelmä, kuten työvuorosuunnitteluohjelmisto, tuottaa ohjelmistoon syötetyn tiedon (henkilökuntamäärä ja työaikanormit) perusteella henkilökunnan työaikasuunnitelman. Ohjelman tulosteen perusteella osastonhoitaja saa käsityksen henkilöstövahvuudesta päivittäin (tietämys). Päätöksentukiohjelmisto taas voisi työvuorosuunnitelman, henkilökunnan koulutustarpeen (osaamisselvitys) ja henkilöstökoulutustarjonnan (koulutuskalenteri) perusteella ehdottaa kullekin henkilökunnan jäsenelle sopivat koulutuspäivät. Osastonhoitajan ammattitaitoon kuuluvaa viisautta on kuitenkin se, ettei hän lähetä koulutukseen henkilökuntaa keskustelematta osallisten kanssa etukäteen ja siten varmistamatta todellista tilannetta. Toisaalta myös asiantuntijajärjestelmä muistuttaa henkilökunnan osaamisen päivitystarpeista ja tarkistaa koulutuspäivien yhteydet ja kustannustiedot.

Tiedonhallinnan prosessi

Tiedonhallinnan prosessi alkaa tiedon tarpeiden tunnistamisesta ja määrittämisestä. Julkisella sektorilla tietotekniikkaa on vanhastaan käytetty pääasiassa rekisterienpitoon, mutta toiminta on kehittymässä myös palveluiden tarjontaan. Tietohallinnon päätehtäväksi on tulossa palvelujen välittäminen ja organisoiminen. (Jakobsson 1999.) Tämä edellyttää strategista näkemystä tiedonhallinnasta. Eri ryhmien ja yksilöiden

tiedontarpeiden ja niiden yksilö- ja ryhmäkohtaisten erojen tunnistaminen on ensimmäinen askel organisaation tietohallintostrategian kehittämisessä. (Choo 2002.) Tietohallintostrategiassa määritetään yhteydet organisaation strategiaan ja toiminnan tavoitteisiin, kuvataan tietotekniikan nykytila, resurssit ja kustannukset, määritetään yhteistyökumppanit ja niiden tekniikka sekä kuvataan alueellinen yhteistyö. Tietohallintostrategia sisältää myös tiedonhallinnan periaatteita, jotka ovat optimaalisia turvallisessa tietojenkäsittelyssä. (Tammisalo 2005.) Tietohallintostrategiaa päivitetään säännöllisesti suhteessa käytössä oleviin resursseihin ja toiminnan tavoitteisiin.

Johtamisen tietotarpeet voidaan jakaa sisäistä ja ulkoista toimintaympäristöä koskevaan tietoon. Sisäinen tiedontarve koskee taloutta, henkilöstöä ja asianhallintaa. Ulkoinen tieto taas on korosteisesti vertailutietoa esimerkiksi saman kokoluokan toimijoiden yleishallinnosta, sosiaali- ja terveystoimesta ja sivistystoimesta. Yksi keskeinen ulkoinen tietotarve koskee asukkaiden elinoloja ja tarpeita. (Anttiroiko & Kallio 1999.) Eri sektoreilla tietotarpeet vaihtelevat toiminnan tyypin mukaan. Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden johtamisessa sisäinen tietotuotanto on tärkeintä, ja on arvioitu, että sisäisten ja ulkoisten tietotarpeiden suhde toteutuu 80/20-periaatteella. (Salomaa ym. 2010.) Perusterveydenhuollossa tiedon tärkeimpinä ominaisuuksina taas pidetään tietojen kattavuutta ja reaaliaikaisuutta eri toimintojen tuottavuudesta. Vastaavasti sosiaalitoimessa tiedon tärkeimpinä ominaisuuksina pidetään reaaliaikaisuutta, tiiviyttä ja välitöntä sovellettavuutta. Eniten tarvitaan tietoa palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. (Jormalainen 2010.) Kaikilla sektoreilla keskeisiä ovat myös palvelujen järjestämisen tulevaisuutta koskevat tiedot, kuten ennusteet palvelutarpeista ja kehitystrendeistä, joita varten tarvitaan tietoa muun muassa asiakkaista ja potilaista, palvelujen ja hoidon tarpeen syistä sekä päättyneistä asiakkuuksista ja hoitojaksoista.

Kun tietotarpeet on määritelty yleisesti, seuraavana vaiheena on niiden rakenteistaminen, millä tarkoitetaan tiedon esitysmuodon määrittelyä. Jotta tieto olisi vertailukelpoista sekä organisaation sisällä että eri organisaatioiden kesken, sen rakenne on määriteltävä yksiselitteises-

ti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä sekä luokituksia että sanastoja, joiden avulla rakenteistaminen helpottuu. Kehittämistyön periaatteena on ollut hyödyntää kansainvälisiä standardeja ja luokituksia aina, kun niiden käyttö on kansallisesti soveliasta (STM 2004:18, THL 2017a, Virkkunen ym. 2015.). Valtakunnallisesti on sovittu tiettyjen tietojen esitysmuodosta. Näitä ovat muun muassa väestötiedot, joita sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee päivittäisessä toiminnassaan. Lisäksi niin hoitotyössä, lääketieteessä kuin sosiaalityössä on niiden tarpeisiin laadittuja luokituksia ja sanastoja, jotka on tuotettu tieteellisen tutkimuksen pohjalta, mikä takaa niiden laadun ja käytettävyyden. Luokitustyötä tehdään jatkuvasti, ja sen ylläpito ja luokitusten tarjolla pito on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävä. Tietojärjestelmissä luokitusten käytöllä edistetään tietojen käyttöä myös johtamiseen ja tilastointiin. Vain koodattua tietoa voidaan jatkojalostaa ja hyödyntää eri käyttötarkoituksiin joustavasti.

Organisaatioissa tiedonhankinnan vaihe tasapainottaa kaksi vastakkaista tarvetta: Yhtäältä organisaation tiedontarpeet heijastavat ulkoisen toimintaympäristön muutoksia ja tapahtumia hyvinkin laaja-alaisesti, mikä edellyttää laajan tiedonlähdejoukon seurantaa. Toisaalta ihmisen ajattelukapasiteetti on rajallinen. Myös organisaatioissa otetaan siis toimintaympäristöstä tulevaa tietoa vastaan selektiivisesti. Tämä merkitsee, että tiedonlähteiden valinnan tulee olla suunniteltua ja niiden relevanssia tulee jatkuvasti arvioida. (Choo 2002.) Jos tietoa on liian vähän, palvelujen tarpeesta ja resursseista voi syntyä virhepäätelmiä. Toisaalta liian suuri tietomäärä voi aiheuttaa tietotulvan, jolloin on vaikeaa erottaa oleellinen tieto epäoleellisesta. Tiedolla voi siis olla sekä hyödyllisiä että jopa vahingollisia vaikutuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita tarkastellaan usein avoimina systeemeinä. Panoksena on ihmisten, heidän tietonsa ja osaamisensa lisäksi taloudellisia ja materiaalisia tuotantovälineitä. Panoksesta syntyy tuotantoprosessin mukana palveluja asiakkaille. Tuotokset puolestaan antavat syötteenä palautetta panospuolelle, jotta sitä voitaisiin suunnata tehokkaamman tuotoksen suuntaan. (Hatch 1997.) Tietoa tarvitaan prosessin kaikissa vaiheissa: panosten osalta tarvitaan tietoa pal-

velujen tarvitsijoista, heidän palvelutarpeistaan ja käytettävissä olevista resursseista. Tuotantoprosessissa taas tarvitaan tietoa palvelujen tuottamisesta, sen kohdentumisesta ja käytetyistä resursseista. Tuotetuista palveluista tarvitaan vastaavasti tietoa ensisijaisesti palvelujen ja tarpeiden kohtaamisesta.

Kun tarkastellaan tiedon hallinnan ja organisaation systeemistä näkökulmaa yhdessä, puhutaan usein tiedon hallinnan strategisesta suunnittelusta. Tiedon hallinnan kokonaisuutta on strategiatyössä tarkasteltu esimerkiksi seuraavien osa-alueiden kautta:

- organisaation tarvitsema strateginen tieto
- tietohuolto eli tiedon rakenteen ja sisällön tarkoituksenmukaisuuden ja tehokkaan käytön varmistaminen
- tekniikka, jolla tietojen saanti turvataan
- tiedon ja osaamisen johtaminen
- tiedon kokonaisvaltaiseen hallintaan tarvittava hallinnointi (Tiedon hallinta toiminnan tukena 2003).

Sähköisten järjestelmien käytöllä tiedon hallinnassa on monia etuja. Sähköiset tietojärjestelmät mahdollistavat toimintatietojen seurannan ja resurssien käytön suunnittelun sekä kehittyneen tiedonvälityksen. Ennen kaikkea niiden tuottama tieto edistää palvelujen laatua. Kaikkien näiden toteutumiseksi tarvitaan kuitenkin mittava joukko päätöksiä, jotta tietoa on saatavilla johtamiseen.

Tiedon keruu on tietojärjestelmien avulla helpompaa kuin manuaalisesti. Niinpä tiedontarve tulee harkita huolellisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on useita tietojohtamisen hankkeita, joiden tavoitteena on järkeistää tietotuotantoa ja suunnata sitä johtamisen kannalta relevanttiin tietoon. THL on kehittänyt sotkanet.fi-palvelun, josta löytyy yli 2000 tilastotietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä hallinnon eri tasoilla sekä kansainvälisiä tilastovertailuja.

Valtionhallinto ja Suomen Kuntaliitto ylläpitävät julkisten hankintojen neuvontayksikköä, joka palvelee myös sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien hankinnoissa.

Tiedon käytön edellytyksiä

Johtamiseen liittyvää tietoa säilytetään edelleen arkistoissa, mapeissa, tietokannoissa tai muissa käytössä olevissa manuaalisissa ja sähköisissä tietojärjestelmissä. Tiedonhallinnan prosessin näkökulmasta sähköisten tietojärjestelmien suunnittelun ja ylläpidon tarkoituksena on mahdollistaa tiedonhaku ja jakelu. Tapa, jolla organisaatiossa säilytetään ja varastoidaan tietoa, heijastelee organisaation käsitystä omasta toimintaympäristöstään. Järjestelmät toimivat myös organisaation kollektiivisena muistina, joten on tärkeää löytää tasapaino muistin luomisen ja hyödyntämisen välillä. (Choo 2002.)

Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon strategia ”Sote-tieto hyötykäyttöön 2020” korostaa erityisesti luotettavan hyvinvointitiedon saatavuutta. Strategia linjaa sekä kansalaisten, ammattilaisten että palvelujärjestelmän lähtökohdista digitaalisten palvelujen ja niitä tukevien tietojärjestelmien kehittämistä. Keskiössä on toimiva infostruktuuri, tiedonhallinnan ohjaus ja yhteistyö sekä tiedon jalostaminen ja tiedolla johtaminen. Tiedonhallinnan näkökulmasta tiedon organisoinnin ja varastoinnin peruskysymykset liittyvät tiedon tallennusmuotoon. Terveydenhuollossa on otettu käyttöön kansallinen sähköinen arkisto (Kanta), ja sosiaalihuollossa vastaava arkisto (Sosiaalihuollon Kanta) on suunnitteluvaiheessa. Yhdenmukainen tieto auttaa tietojen hyödyntämistä eri ohjelmistoissa, ja kertaalleen talletetuista tiedoista voidaan koostaa erilaisten käyttötarpeiden mukaisia näyttöjä ohjelmistoon tai koota itsenäisiä käyttöliittymiä. Tietojen esittäminen rakenteisesti luokitusten, sanastojen, nimikkeistöjen ja koodien avulla mahdollistaa erilaisten koosteiden, tulosteiden ja raporttien tulostamisen organisaatiokohtaisiin, alueellisiin ja valtakunnallisiin tarpeisiin. Suurimman hyödyn tuo jo kertaalleen kirjatun tiedon käyttö erilaisiin käyttötarkoituksiin. Kliinisessä työssä tarvittava tieto voidaan siirtää helposti esimerkiksi potilaskertomuksesta automaattisesti sähköiseen lääkemääräykseen, lähetteeseen, hoitopalautteeseen, hoitoilmoitukseen ja erilaisiin lakisääteisiin rekistereihin. Rakenteinen tieto helpottaa myös tiedon hyödyntämistä kliinisessä tutkimuksessa, päätöksenteossa, laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa (STM 2014). Samoin asiakaskertomuksen sisältämää so-

siaalihuollon asiakastietoa voidaan tietosuojasäädösten rajoissa luovuttaa eri palveluiden ja yhteistyökumppanien tarpeisiin.

Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa päätöksenteon tuen liittämisen esimerkiksi sähköiseen potilaskertomukseen. Potilaiden hoitopäätöksiä voidaan tukea siten, että kertomusohjelmistossa olevia tietoja yhdistetään. Tällöin potilaan lääkehoitoa koskevat tiedot, laboratoriotulokset ja riskitiedot keskustelevat keskenään ja ohjelmisto ilmoittaa niiden yhteisvaikutuksen, mikä helpottaa ja nopeuttaa hoitopäätöksen tekoa. Vastaavasti sosiaalihuollon palvelujen asiakastietojen rakenteistaminen ja tietosisältöjen yhdenmukaistaminen auttaa saman asiakkaan eri palvelutehtävissä toimivia luomaan käyttöoikeuksiensa rajoissa nykyistä paremmin käsityksen asiakkaan kokonaistilanteesta ja siitä, miten häntä voidaan parhaiten tukea eri palveluilla.

ESIMERKKI **Rakenteisen tiedon käyttö hoitotyössä**

Termien vakioiminen helpottaa myös oleellisen tiedon hakemista suuresta tietomassasta. Kun tarvitaan tietoa yksittäisen potilaan hoidon tuloksista, voidaan tulostaa esimerkiksi aikasarja hänen haavahoidonkirjauksistaan hoitojakson ajalta. Kokonaisuutta tarkasteltaessa on tavallista helpompaa havaita muutos potilaan tilassa ja reagoida tilanteen vaatimalla tavalla kuin yksittäistä hoitotapahtumaa arvioitaessa. Sähköisen sairauskertomuksen strukturointi parantaa siten potilaan hoidon laatua, koska rakenteisesti kirjattu tieto on paremmin hyödynnettävissä. Johtamisen kannalta rakenteinen tieto toimii ikään kuin linkkinä myös resurssien hallintaan. Hoitotoimenpiteissä tarvittavan materiaalin suuri kulutus on perusteltavissa esimerkiksi vaativien hoitotyön toimintojen määrällä, kun niiden frekvenssit voidaan tulostaa hoitotyön toimintoluokituksella kirjatun tiedon avulla. Niin ikään toimintoluokituksen käyttö helpottaa potilasvalituksiin liittyvän perustelumateriaalin kokoamista hakusanojen avulla potilaskertomuksesta.

Rakenteisen tiedon lisäksi organisaatiossa syntyy koko ajan hiljaista tietoa, joka muovaa organisaatiokulttuuria. Johtamisessa sitä voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi keskustelujen tai erilaisten mentorointikäytäntöjen avul-

la ja ulkoistamalla se sitten tietojärjestelmiin. Myös piilotiedolla on Choon mukaan merkittävä tehtävä organisaation toiminnassa. Siksi myös jäsentymättömän tiedon, esimerkiksi kuvien, tekstin ja äänen, organisointi, varastointi ja haku ovat osa tiedonhallinnan prosessia. Tiedon varastointijärjestelmien on tarjottava joustavasti faktuaalista ja laadullista tietoa, tuettava useiden eri käyttäjien tiedon käyttöä, yhdistettävä toisiinsa kuuluvia osia ja tarjottava tiedonkäyttäjille mahdollisuus etsiä tai luoda uusia tiedon yhdistelmiä. (Choo 2002.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on edelleen käytössä runsaasti sekä paperisia että sähköisiä asiakirjoja, joiden varastointia säätelee arkistointilainsäädäntö. Lainsäädäntöä on kuitenkin ollut tarve uudistaa koskemaan sähköisiä asiakirjoja. Terveydenhuollossa on käytössä valtakunnallisia sähköisiä tietojärjestelmäpalveluja ja tarkoituksena on ottaa käyttöön palvelut myös sosiaalihuoltoon sekä joustavoittaa asiakastiedon käsittelyä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kansallisesti yhtenäistä sähköistä potilastietojen käsittelyä ja arkistointia on ohjattu vuonna 2007 voimaan tulleella lailla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Sosiaalihuollon asiakasasiakirjoja koskeva lainsäädäntö on annettu vuonna 2015, ja se astuu voimaan asteittain Sosiaalihuollon Kanta -arkiston kehityksen myötä. Uusi laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä on parhaillaan lausuntokierroksella ja asiakastietolaki (159/2007) ehdotetaan kumottavaksi. Lisäksi muutetaan lakia sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) ja lakia sosiaalihuollon asiakirjoista (254/2015). Kela on velvoitettu hoitamaan terveydenhuollon palvelujen arkistointipalvelua potilasasiakirjojen säilytystä ja käyttöä varten sekä sen osana potilasasiakirjojen luovutusta varten hakemistopalvelua ja suostumuksenhallintapalvelua. Kanta-palvelu sisältää potilastiedon arkiston, sähköiset reseptit ja Omakanta-osion kansalaisille sekä ammattilaisten Kanta-palvelun. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjat on tarkoitus tallettaa Sosiaalihuollon Kanta -arkistoon vuodesta 2020 lähtien. Organisaation johdon näkökulmasta Kanta-palvelu velvoittaa huolehtimaan tiedonhallinnasta entistä monipuolisimman, sillä sähköi-

sen palvelun tärkeinä osatekijöinä ovat kansalaisten luottamus, tietosuojan ja -turvan takaaminen asiakastiedoille sekä tietojen tarkoituksenmukainen käyttö (Kanta-palvelu 2017).

Tiedon käytön ulottuvuuksia

Tiedon käyttö on tiedon soveltamista ongelmanratkaisuun, päätöksentekoon tai uuden tiedon luomiseen. Se on dynaaminen ja sosiaalinen prosessi, joka yhteisen tarkastelun seurauksena saattaa johtaa uuden merkityksen löytämiseen ja esimerkiksi uusien toimintatapojen valintaan. (Choo 2002.) Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa tietoa käytetään suunnitteluun, päätöksentekoon, toimeenpanoon, seurantaan ja raportointiin. Tietoa voidaan tarkastella myös sisällön mukaan, jolloin tietotarpeet muodostuvat taloutta, henkilöstöä, suoritteita ja asiakkaita koskevasta tiedosta. Operatiivisen johtamisen kannalta organisaation tarvitsemaa tietoa voidaan ryhmitellä esimerkiksi toimintatietoon, resurssitietoon, vertailutietoon ja arviointitietoon.

Organisaatiot tarvitsevat toiminnan tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen sekä toimintakykyyn ja koettuun hyvinvointiin liittyvää tietoa ja niistä tuotettuja indikaattoreita. Indikaattorien tarkoituksena on kuvata toimintaa havainnollisesti esimerkiksi tunnusluvuilla. Useat organisaatiot keräävät asiakastyytyväisyystietoja, mutta niiden järjestelmällinen valtakunnallinen kerääminen ja tiedon hyödyntäminen etsii vielä muotojaan. Myös useat organisaatiot ovat laatineet palautejärjestelmiä eri asiakas- ja potilasryhmille, mutta niiden tuottama tieto on vielä irrallaan palveluprosessista. Prosessimaisen työtavan levitessä sosiaali- ja terveydenhuoltoon myös työ- ja palveluprosesseja koskeva tieto muodostaa yhden sisältöalueen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kerätään mittava määrä toimintatietoa, josta erotellaan valtakunnallisen tilastoinnin edellyttämät tiedot. Niiden käyttökelpoisuudesta johtamisessa keskustellaan jatkuvasti. Sotkanet.fi-palvelu vastaa tähän haasteeseen, ja Kanta-arkiston käyttö johtamisen ja tutkimuksen tueksi on suunnitteilla (THL 2017b).

ESIMERKKI	**Potilasturvallisuuden ja valvonnan kehittäminen tietojärjestelmien avulla**

Potilasturvallisuus korostuu kaikessa terveydenhuollon toiminnassa, ja se liittyy myös tietojärjestelmiin ja niiden käyttöön. Vaarana ovat toisaalta keskeneräisinä käyttöön otetut ohjelmistot ja toisaalta ohjelmistojen heikko käyttö, jolloin ohjelmistojen hyviäkään ominaisuuksia ei hyödynnetä. Johtamisen näkökulmasta potilasturvallisuus on osa turvallisuuskulttuuria, jonka kehittäminen on haaste jokaiselle organisaatiolle. On pohdittava, miten voidaan luoda positiivinen toimintaympäristö, jossa vaaratilanteista raportoidaan aktiivisesti ja niitä analysoimalla pyritään ehkäisemään uusien synty. (STM 2009:3.) Useassa terveydenhuollon organisaatiossa on otettu käyttöön HaiPro-niminen vaaratapahtumien sähköinen raportointijärjestelmä (Knuuttila ym. 2007, Ruuhilehto & Knuuttila 2008), jonka tavoitteena on tehokkaalla vaaratapahtumatiedon keruulla ja johtamistoimilla edistää turvallisuuskulttuuria, jossa sekä potilaiden että henkilökunnan hyvinvointi on turvattu. Järjestelmästä saatavaa tilastotietoa voidaan hyödyntää koulutuksen ja ehkäisevien toimien suunnittelussa ja kohdentamisessa sekä niistä tiedottamisessa organisaatiossa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonta on korostunut erityisesti yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen lisääntymisen myötä. Valvonnasta huolehtivat yhdessä eri toimijat, esimerkiksi kunnat, Valvira ja aluehallintovirastot. Valvontaan liittyvä sähköisen dokumentaation kehittäminen on keskeinen keino valvonnan yhdenmukaisuuden vahvistamisessa eri alueilla ja samalla resurssien tarkoituksenmukaisessa allokaatiossa. Viime vuosina on korostunut erityisesti myös kunnan oman palvelutuotannon valvonta, mikä lisää yhteisten valvonnan perustietojen ja valvontaraporttien asiakirjahallinnan tarvetta.

Resurssitiedon, kuten henkilöstöä koskevan tiedon, organisointi ja varastointi hoidetaan yhä useammin sähköisesti. Kuten asiakas- tai potilastietoja myös henkilöstön tietoja käsittelevät järjestelmät koostuvat useista tietokokonaisuuksista. Työsuhde-, pätevyys- ja palkkaustietojen ohella yhä useammin tarvitaan myös henkilöstön osaamista koskevaa tietoa, kuten lääkehoidon lupakäytäntöihin tai verkostomenetelmien osaamiseen liittyvää tietoa. Koulutukseen ja osaamiseen liittyvät tiedot voivat olla myös vuorovaikutteisia siten, että niiden ylläpitoon osallistuvat sekä työnantaja

että työntekijä. Osaamisen ylläpitoon on kehitetty työkaluja, kuten lupapassit, ajokortit tai henkilökohtaiset portfoliot, joita voivat käyttää myös työtoverit esimerkiksi vertaisarviointiin. (Lammintakanen ym. 2002.) Hoitohenkilökunnan osaamisen arviointiin on myös kehitetty useita mittareita, joita voidaan käyttää järjestelmällisen ammattipätevyyden arviointiin ammattiuramallin mukaisesti. Tavoitteena on, että henkilökunnan osaaminen vastaa toiminnan vaateita eli oikeissa paikoissa on oikeaa osaamista. (Meretoja 2003.) Osaamisen ja henkilökunnan työtehtävien tasapainoisella suhteella on suuri vaikutus myös työtyytyväisyyteen.

Henkilöstövoimavarojen hallinta on muutoksessa toisaalta integroitujen toimintaympäristöjen, toisaalta sähköisten palvelujen tarjonnan lisääntyessä. Tavoitteena on palvelut 24/7-periaatteella parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitotyössä henkilöstösuunnittelu on pitkään hyödyntänyt joustavia työaikajärjestelyjä sekä allokoinut työntekijämäärää ja osaamista joustavasti hoidon tarpeen intensiteetin perusteella. Jo 1990-luvulla käyttöönotettu Rafaela-järjestelmä on edistänyt allokointia tuottamalla näyttöä tunnusluvuilla yksikkö- ja sairaalakohtaiseen sekä valtakunnalliseen tiedon vertailuun.

Tiedon tuottamisessa tulisi painottaa entistä enemmän vertailutietoa. Benchmarking-toiminta, jota nykyisin korostetaan vertailukehittämisenä, on sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan laadun kehittämisen menetelmä, jossa olennaisia asioita ovat sekä valittujen indikaattorien seuranta että toiminnan kehittäminen seurantatiedon perusteella. Hyvä laadun seurantajärjestelmä tukee sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnittelua ja johtamista sekä voimavarojen oikeaa suuntaamista. Lisäksi se antaa tietoa palvelujen kehittämisen painopisteiden valitsemiseksi, mahdollistaa alueiden välisen ja oman alueen tai organisaation kehityksen vertailun aikasarjana ja antaa mahdollisuuden välittää tietoa palvelujen laadusta eri intressiryhmille. (Perälä ym. 2007.)

Tietojärjestelmien kehittäminen

Tietojärjestelmien inhimillisten osien eli ihmisten ja tekniikan yhteyttä tarkastellaan usein ihmisen ja koneen yhteistyötä tutkivan human-computer-interaction-suuntauksen avulla (Korpela ym. 2004). Tämä käytettävyyden

merkitystä korostava suuntaus on erityisen tärkeä järjestelmien suunnittelussa. Vain helposti käytettävät järjestelmät motivoivat henkilökuntaa käyttämään ja hyödyntämään niiden tuottamaa tietoa. Informaatiotutkija Robert S. Taylor (1986) nimeää arvoa tuottaviksi toiminnoiksi tuotteiden ja järjestelmien käytön helppouden, hälyn vähentämisen, laadun, sovellettavuuden sekä ajan ja kustannusten säästön. Tietojärjestelmien käyttöönottoa arvioivien tutkimusten mukaan onnistuneeseen käyttöön vaikuttavat tietojärjestelmän laatu ja helppokäyttöisyys sekä tiedon laatu ja saatavuus (van der Meijden ym. 2003). Vaikka tietokoneiden ja älypuhelimien käyttö on jokapäiväistä, kielteiset asenteet työyhteisöjen tietojärjestelmiä kohtaan estävät edelleen tietojärjestelmien tehokkaan hyödyntämisen.

Tiedon hyödyntämiseen ja käyttöön saattaa liittyä myös ongelmia. Tieto saattaa esimerkiksi olla hajallaan ja yhteen sopimattomissa järjestelmissä tai tiedon analysointiin tai tietojärjestelmien käyttöön perehtynyttä henkilöstöä ei ole. Saattaa myös olla, ettei organisaation johto ole ymmärtänyt tiedon merkitystä johtamisen apuvälineenä, jolloin tietohallinto ei saa tarvitsemiaan resursseja tietotuotantoon. Toisaalta kehittyneetkään tietopalvelut eivät voi tukea johtamista, ellei niitä käytetä hyväksi. Kuten henkilöstön myös johtajien tietoteknisissä taidoissa on todettu puutteita. Tutkimuksissa esitetään myös kritiikkiä johdon sitoutumattomuudesta uusien tietojärjestelmien käyttöönotossa. Heikko sitoutuminen saattaa näkyä esimerkiksi asiantuntijoiden liian vähäisenä hyödyntämisenä käyttöönottoprojekteissa, heikkona tiedotuksena tai koulutuksen laiminlyöntinä. (van der Meijden ym. 2003.)

Yleisesti ottaen tietotekniikan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa on muihin toimialoihin verrattuna edennyt melko hitaasti. Tietojärjestelmien käyttöönoton aiheuttamat muutokset toimintaan ovat olleet nopeita, mutta varautuminen muutoksiin on ollut puutteellista. Muutos aiheuttaa aina vastarintaa osassa henkilöstöä, joten johtamistyössä joudutaan keskittymään sekä kollegojen että henkilöstön opastamiseen ja tukemisiin. Kuten jo vuosia aikaisemmin tietojärjestelmien käyttöönoton kulmakivet ja ongelmat liittyvät edelleen käyttöönottoprojektin johtamiseen ja siinä erityisesti koulutuksen, tiedotuksen ja teknisen tuen järjestämiseen henkilökunnalle.

Tietoturvallisuus läpäisee organisaatiossa koko tiedonhallinnan prosessin. Sillä tarkoitetaan asiantilaa, jossa tietojen, tietojärjestelmien ja tietoliikenteen luottamuksellisuuteen, eheyteen ja käytettävyyteen kohdistuvat uhkat eivät aiheuta merkittävää toimintaan liittyvää riskiä. Kaikkien tietojärjestelmien käyttäjien on siis tiedettävä, miten järjestelmiä pitää ja saa käyttää, mihin tarkoitukseen niitä käytetään ja millainen käyttö on kiellettyä. Jokaisen, joka käsittelee järjestelmien sisältämiä tietoja, on hallittava oikeanlaiset ja sallitut käsittelytavat ja käsittelysäännöt. Verkkopalveluiden ja tietoverkkojen käytöstä on oltava selkeät ohjeet ja määräykset, ja kaikkien verkkopalveluita käyttävien on tunnettava ne ja noudatettava niitä. (Tammisalo 2005, Andreasson & Koivisto 2013.)

Tietoturvastrategia on organisaation kannanotto tiedonhallinnan yleiseen turvallisuuteen. Tietosuojapolitiikka taas on ohje ja samalla myös julkilausuma henkilötietojen käsittelytavoista. Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä ja asiakas- ja potilastietoja käsittelevässä organisaatiossa tulisi olla dokumentoitu tietoturva- ja tietosuojapolitiikka sekä määritellyt toimintaperiaatteet ja kontrollit (ks. myös Tammisalo 2005, Andreasson & Koivisto 2013). Lainsäädäntö ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita sähköisten asiakirjojen arkistointiin ja henkilötietolaki (523/1999) tietosuojavastaavan nimeämiseen. Suurissa toimintayksiköissä on kokopäivätoiminen tietosuojavastaava, jolla on tehtävän hoitoon vaadittava riittävä koulutus.

Digitalisaation eli tekniikan yleistymisen ihmisten arjessa tulisi näkyä nykyistä enemmän myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Vuonna 2015 päättyneen SADe-sote-palvelukokonaisuuden pohjalta on kehitetty itsearviointityökaluja, asiakaspalautteen antoa, palveluhakemistoja ja turvallista viestinvälitystä. Vuonna 2015 käynnistyneiden kansallisten sähköistä asiointia edistävien hankkeiden Omahoito ja Digitaaliset Arvopalvelut (ODA) ja Virtuaalisairaala 2.0 tarkoituksena on kehittää sähköisiä omahoito- ja asiointipalveluja sosiaalihuoltoon, perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon. Tavoitteena on erityisesti lisätä omien tietojen hallintaa ja tukea ongelmien ennaltaehkäisyä, palvelun tarpeen itsearviointia ja itsenäistä selviytymistä. Osa palveluista on kansalaisille avoimia, kuten informaatio- ja neuvontapalvelut ja itse- ja oma-

hoitopalvelut. Osa kehitettävistä digipalveluista toimii hoitopolun osana. Lisäksi kehitetään ammattilaisille palvelukonsepteja, kuten etävastaanotot tai eKonsultaatiot.

Kansallisten hankkeiden tiedonhallinta niin tieto- kuin toimintaprosessien että teknologian näkökulmasta on haasteellista, mutta onnistuessaan se joustavoittaa niin kansalaisten kuin ammattilaistenkin sähköistä asiointia. Kansalaisten näkökulmasta organisaatiot voisivat välittää tietoa toiminnastaan vielä nykyistä tehokkaammin verkkosivustojen ja -portaalien kautta. Toiminta olisi nykyistä läpinäkyvämpää, jos kansalaisilla olisi mahdollisuus perehtyä toiminnan tunnuslukuihin, jotka kuvaavat henkilökunnan osaamistasoa, jonotus- tai päätöksentekoaikoja sekä infektio- tai haittatapahtumatietoja. Tekniikkaa ja eri maiden kokemuksia tähän on olemassa. Teknisesti olisi myös mahdollista, että kansalaiset osallistuisivat nykyistä enemmän toiminnan kehittämiseen ja päätösten valmisteluun vuorovaikutteisten sähköisten keskustelu- ja päätöksentekoareenoiden kautta.

Johtaminen vaatii tietojärjestelmien kehittymisen myötä entistä enemmän toiminnan ennakointikykyä, ymmärrystä tietojärjestelmien kehitystrendeistä ja kykyä toimia yhä abstraktimmaksi muuttuvassa toimintaympäristössä. Onnistuneella tiedonhallinnalla luodaan johtamiselle välineet organisaation strategian ja toiminnan seurantaan.

Keskeistä:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon työssä käytetään paljon tietoa, ja sitä on mahdollista saada johtamisen tueksi tietojärjestelmien avulla. Johdon tietojärjestelmät ovat tosin vielä kehittymättömiä.
- Johdon tietojärjestelmien tulee sisältää johtamiselle olennaista tietoa suhteessa toimintaa kohtaan asetettuihin tavoitteisiin.
- Tietojärjestelmien käyttöönoton onnistuminen vaatii suunniteltua johtamista, kuten koulutuksen sitomista käytäntöihin.

12
Henkilöstö voimavarana – osaaminen johtamisen haasteena

Johanna Lammintakanen

”Henkilöstö on sosiaali- ja terveydenhuollon strateginen voimavara ja toiminnan keskeinen menestystekijä.”

STM (2009:17, 11)

Edellisissä luvuissa on nostettu esille monia sosiaali- ja terveysjohtamisen tärkeitä osa-alueita. Kaikki nämä osa-alueet linkittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön ja sen osaamiseen. Tämä luku tarkastelee henkilöstövoimavarojen johtamisen periaatteita ja henkilöstövoimavarojen johtamista strategisena kysymyksenä. Luvun näkökulma on organisaatiolähtöinen.

Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys

Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat yhteiskunnan näkökulmasta merkityksellisiä sekä työllistämisen että kustannusten näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon menoista 60–70 prosenttia aiheutuu työvoimasta, ja alan merkitys kasvaa entisestään tulevaisuudessa. Esimerkiksi terveyspalveluista on tulossa maailmanlaajuisesti yhä merkittävämpi hyödyke ja toimiala. Vuoteen 2025 mennessä terveysalan arvioidaan olevan bruttokansantuotteella mitattuna maailman laajin toimiala. (Lammintakanen & Kinnunen 2006, Boselie 2010.)

Henkilöstövoimavarojen johtamisesta (HRM) on länsimaissa kiinnostuttu nopean taloudellisen, sosiaalisen ja teknisen kehityksen myötä (McConville 2006). HRM-ajattelu on kuitenkin jäsentymätöntä julkisella sektorilla, vaikka yksityissektorilla kysymystä on tarkasteltu jo pitkään (Bach 2009, Ruuska 2013, Vanhala & Stavrou 2013) muista johtamisteorioista ja näkökulmista kerrotaan tarkemmin luvussa 4. Henkilöstövoimavarojen johtamiseen liittyvät näkökulmat ovat painottuneet eri tavoin sosiaalipalveluihin ja terveydenhuoltoon kohdistuneissa tutkimuksissa. Terveydenhuollossa HRM-kysymyksiä on tutkittu pidempään ja laajemmin (Grönroos & Perälä 2004, Pekkarinen 2010). Monissa tutkimuksissa on tunnistettu sekä johtamisen edellytyksiä, osaamisvaatimuksia ja toimintamalleja, mutta myös johtamisen vajeita ja puutteita sosiaali- ja terveydenhuollossa (esim. Karvinen- Niinikoski ym. 2005, Hämäläinen & Niemelä 2006, Kinnunen ym. 2008, Lammintakanen 2014, Lammintakanen ym. 2016).

Henkilöstövoimavarojen johtamisen tarkastelu on sosiaali- ja terveydenhuollossa tarpeellista useasta syystä. Henkilöstövoimavarojen johtaminen on osoittautunut merkittäväksi niin rekrytoinnin kuin työpaikkaan sitoutumisen edistämisessä. Hyvällä johtamisella voidaan vaikuttaa työntekijöiden motivaatioon ja sitoutumiseen, työssä jaksamiseen ja työhyvinvointiin sekä työn tuloksellisuuteen (Hämäläinen & Niemelä 2006, Heikka 2008, Matela 2009, Yliruka & Karvinen-Niinikoski 2013, Ahonen ym. 2015, Kujanpää 2017). Sillä voidaan myös edistää työvoiman saatavuutta, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta kriittinen kysymys ai-

nakin kahdesta syystä: 1) Sosiaali- ja terveydenhuollossa on henkilöstöpula, jonka vakavuus vaihtelee ammattiryhmittäin ja alueittain. 2) Tulevaisuudessa uusien työntekijöiden rekrytointi vaikeutuu kaikilla aloilla ja palvelut on tuotettava entistä pienemmällä henkilöstöllä. Haasteena on eri sukupolvia edustavien työntekijöiden johtaminen, sillä eri sukupolvilla on erilainen käsitys työhön sitoutumisesta ja työn merkityksestä (esim. Halava & Pantzar 2010, Stanley 2010, Hietamäki 2013, Järvensivu ym. 2014). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö monikulttuuristuu, joka edellyttää uudenlaista henkilöstövoimavarojen johtamista (esim. Kujanpää 2017). Useissa maissa ongelmana on se, miten korvataan eläkkeelle siirtyvien suurten ikäluokkien jättämä aukko, kun työmarkkinoille tulevat nuoret ikäluokat ovat yhä pienempiä ja samanaikaisesti palveluiden tarve ja asiakkaiden määrä kasvaa. Näistä syistä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden on kiinnostuttava yhä enemmän henkilöstöstään.

Henkilöstön osaamisen kehittäminen, koko henkilöstön osaamisen täysipainoinen hyödyntäminen ja henkilöstön pysyminen organisaatiossa nousevat yhä tärkeämmäksi menestystekijäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollossa (Karvinen-Niinikoski ym. 2005, Huotari 2009). Suuri henkilöstön vaihtuvuus on merkki epäonnistuneesta henkilöstöpolitiikasta (Koivuniemi 2004). Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on edelleen paljon käyttämätöntä osaamista. On arvioitu, että nykyisillä johtamiskäytännöillä voidaan hyödyntää vain 60–70 prosenttia henkilöstön osaamiskapasiteetista (Khatri 2006). Terveydenhuollossa tehdyt kotimaiset tutkimukset vahvistavat osaamisen vajaakäytön: joko osaamista ei ole mahdollista hyödyntää tai työntekijät ovat kokeneet joutuvansa tekemään koulutukseensa nähden toisarvoisia töitä (Lammintakanen & Kinnunen 2006, Lammintakanen 2014). Sosiaalialalla ovat nousseet esiin myös ura- ja kehittymismahdollisuuksien puute sekä huoli osaamisen katoamisesta (Karvinen-Niinikoski ym. 2005, Hämäläinen & Niemelä 2006).

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen haasteita

Vuonna 2008 Kuopion yliopistossa (nykyisin Itä-Suomen yliopisto) tehdyssä tutkimuksessa terveyshallintotieteestä, terveystaloustieteestä tai sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnosta valmistuneiden maistereiden mukaan tulevaisuuden työelämän keskeisiä haasteita ovat henkilöstön rekrytoinnin ongelmat ja työn osaamisvaatimukset. He olivat huolestuneita etenkin henkilöstön riittävyydestä ja osaamisesta. Seuraavaksi suurimmaksi tulevaisuuden haasteeksi he nostivat työprosessien uudistamiseen, niukkeneviin resursseihin ja tietojärjestelmien käyttöönottoon liittyvät kysymykset. Valmistuneet maisterit korostivat erityisesti muutos-, henkilöstö- ja verkostojohtamisen tarvetta. Usein mainittiin esimerkiksi tarve kokonaisnäkemykseen, henkilöstön jaksamisen tukemiseen sekä verkostoitumiseen eri toimijoiden kesken. Joissakin vastauksissa sivuttiin myös talouden johtamiseen liittyviä teemoja, mutta ne ilmenivät useimmiten tarpeena ymmärtää taloutta tai toiminnan pyrkimyksenä kannattavuuteen. (Rissanen ym. 2009.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto muuttuu ja kehittyy jatkuvasti. Muutokset lisäävät sekä henkilöstön että johtajien osaamistarpeita, mikä taas edellyttää osaamisen johtamisen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen vahvistamista. Henkilöstökysymysten kytkeminen organisaation strategiaan on muutostilanteissa kuitenkin vaikeaa. (Koivuniemi 2004.) Savolaisen ja kumppaneiden (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, ettei muutostilanteessa otettu huomioon työntekijöiden osaamista, minkä johdosta osa työntekijöistä koki, että heidän työtehtävänsä olivat kaventuneet ja muuttuneet vähemmän mielenkiintoisiksi ja että niiden arvostus oli vähentynyt. Terveydenhuollon uudistukset eivät ole toteutuneet toivotusti, sillä henkilöstön asema ja rooli ovat jääneet vähälle huomiolle (Buchan 2004, Stanton ym. 2004, Boselie 2010). Bach (2009) toteaakin, että julkisen sektorin uudistuksilla on ollut merkittäviä vaikutuksia henkilöstövoimavarojen johtamiseen. Rakenteellisissa uudistuksissa on kuitenkin unohdettu muun muassa työntekijöiden motivointi ja muutosten tehokas johtaminen henkilöstövoimavarojen näkökulmasta (ks. luvusta 7). Lisäksi henkilöstövoimavarojen johtamisen kehittäminen on jäänyt taka-alalle, sillä sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään runsaasti perinteisiä, henkilöstöön liittyviä hallinnollisia toimintamalleja (Townsend & Wilkinson 2010).

Henkilöstövoimavarojen johtamisajattelu

Henkilöstövoimavarojen johtamisessa (human resource management, HRM) käytetään useita käsitteitä, jotka joko ovat keskenään päällekkäisiä tai liittyvät läheisesti yhteen. Niitä myös käytetään eri tavoin eri yhteyksissä. Henkilöstövoimavarojen johtamisen rinnalla käytetään usein myös käsitteitä ”inhimillisten voimavarojen johtaminen” ja ”inhimillisten resurssien johtaminen”. Aihepiiriin voidaan viitata myös käsitteellä ”henkilöstöjohtaminen” (esim. Vanhala 1999). Henkilöstöhallinto (personnel administration) voidaan lukea osaksi henkilöstövoimavarojen johtamista. Käsitteitä käytetään ajoittain toistensa synonyymeinä, vaikkeivät ne kaikkien tutkijoiden mielestä vastaa toisiaan. Esimerkiksi Antti Syväjärvi ja Jari Stenvall (2003) pitävät henkilöstöjohtamista ja henkilöstövoimavarojen johtamista synonyymeinä ja viittaavat HRM:llä ensisijaisesti johtamispainotukseen, jossa organisaation menestys saavutetaan huomioimalla ihmiset ja heidän kykynsä. Eija Grönroos ja Marja-Leena Perälä (2004) eivät selkeästi määrittele, mitä he tarkoittavat henkilöstöjohtamisella, mutta he pitävät sitä yhtenä johtamistoimintona. Jari Vuori (2003, 32–33) puolestaan toteaa, että henkilöstöjohtamista ja henkilöstövoimavarojen johtamista käytetään toistensa synonyymeina virheellisesti, sillä käsitteiden merkityssisällöt ovat nykyisin täysin erilaiset. Riitta Viitala (2006) sen sijaan sisällyttää henkilöstöjohtamiseen henkilöstövoimavarojen johtamisen, johtajuuden ja työelämäsuhteiden hoitamisen. Kansainvälisessä keskustelussa esimerkiksi Tyson (1995) toteaa, että kyse on paradigmaattisesta siirtymästä henkilöstöhallinnosta henkilöstövoimavarojen johtamiseen. On myös esitetty, että kyseessä on ainoastaan kielenkäytön muutos (Dessler 2003), pyrkimys vahvistaa henkilöstöasioiden painoarvoa yrityksessä (Vanhala 1999) tai teoreettinen malli (Pieper 1990).

Henkilöstövoimavarojen johtaminen korostaa sekä henkilöstöä organisaation voimavarana että henkilöstön mahdollisuutta kasvuun ja kehittymiseen. Henkilöstövoimavarojen johtaminen on kontekstisidonnaista. Johtamistapa riippuu organisaation tavoitteista, toimintaympäristöstä ja siitä, millaisia tavoitteita johtamisella halutaan edistää (Boselie 2010, vrt. luku 4 Kontingenssiteoria). Henkilöstövoimavarojen johtaminen kattaa

erilaisia asioita operationaalisesta henkilöstörutiinien hoitamisesta (esim. perehdyttäminen) aina henkilöstöstrategiseen työskentelyyn (Vanhala 1999). Laajimmillaan HRM:n katsotaan sisältävän ne toimintaohjelmien, toimintojen ja rakenteelliset valinnat, joita organisaatio tekee ja joilla ihmisiä johdetaan (Boselie ym. 2005). Vaikka johtamisnäkökulma korostaa henkilöstöä, työprosessien johtaminen on tärkeä osa henkilöstövoimavarojen johtamista. Tavoitteellisten työprosessien johtaminen yhdistää yksilön vastuut ja tavoitteet organisaation tavoitteisiin hyödyntämällä HRM-toimintoja (Sädevirta 2004, Bach 2009, Boselie 2010, Veld ym. 2010).

Henkilöstövoimavarojen johtamista voidaan pitää myös joukkona erilaisia johtamistoimia, joiden avulla saavutetaan organisaation päämääriä (Syväjärvi 2005). Vaikkei niistä vallitse yksimielisyyttä, useat kirjoittajat ovat jäsentäneet HRM:ää tarkastelemalla seuraavia toimintoja: 1) suunnitelmallinen henkilöstön määrän säätely (rekrytointi ja hankinta), 2) tarvittavan osaamisen varmistaminen ja kehittäminen (työtehtävien ja ammattitaidon kehittäminen, työtapojen ja organisaatiorakenteiden kehittäminen), 3) arviointi ja palkitseminen, 4) henkilöstön ja töiden organisointi (tehtäväkuvat, työnjako ja organisaatiorakenne), 5) henkilöstön hyvinvointi ja motivaation ylläpito. Henkilöstövoimavarojen johtamiseen voidaan lukea myös laaja-alainen viestintä, tiimityöskentely ja vastuulliseen päätöksentekoon osallistuminen. (Mabey ym. 1998, Ranki 1999, Kauhanen 2000, Boselie ym. 2005, Viitala 2006.) Boselie (2010) korostaa, että työntekijöiden osaamisen kehittäminen ja osallistumisen mahdollisuus edistävät hyvää ja tuloksellista työilmapiiriä ja lisäävät työntekijöiden sitoutumista organisaatioon. Osallistava johtaminen luo työntekijöille tunteen siitä, että he ovat tärkeitä (Hämäläinen & Niemelä 2006).

Henkilöstövoimavarojen johtamisen käsite ja sen lähikäsitteitä

Henkilöstövoimavarojen johtamisen historialliset juuret voidaan jäljittää ihmissuhdekoulukuntaan ja humanismiin (ks. luvusta 4). Johtamisnäkökulmana HRM syntyi 1970-luvulla Raymond Milesin uraauurtavan tutkimuksen pohjalta. Alan nuoruus kuitenkin heijastuu HRM:n käsitteen määrittelyyn. Lisäksi siihen tuo oman haasteensa se, että osaamisen johtamisen tai tiedon ja osaamisen johtamisen (knowledge management) ja oppivan organisaation (learning organisation) käsitteet ovat myös lähellä HRM-käsitteistöä (esim. Senge 1990, Scarborough & Swan 2005, Kivinen 2008). Ks. tarkemmin HRM kehityksestä Hietamäki 2013 ja Ruuska 2013.
HRM:ssä on erotettavissa kaksi koulukuntaa. HRM voi tarkoittaa kapeasti henkilöstöön liittyviä toimintakäytäntöjä, joissa henkilöstöä pidetään enemmän organisaation kuluna kuin resurssina. Ajattelu edustaa HRM:n kovaa (instrumentaalista) koulukuntaa. Siinä henkilöstö katsotaan yrityksen laskennalliseksi osaksi, numeroksi, joka on osa yrityksen hallintoa (esim. henkilöstötilinpäätös). Henkilöstö on myös yrityksen tuotannontekijä, jolla on oma hintansa ja tuottoarvonsa. Kovan HRM:n tavoitteena on suorituskyvyn ja kilpailukyvyn parantaminen. Pehmeässä (humanistisessa) HRM:ssä taas katsotaan, että henkilöstö on organisaation tärkeä voimavara, jota kehittämällä organisaatio pystyy pitämään henkilöstön sitoutuneena ja motivoituneena. Lisäksi organisaatio pystyy hyvin toteutetulla HRM:llä houkuttelemaan uutta henkilöstöä. Pehmeä HRM korostaa vuorovaikutusta, motivointia ja johtamista. Henkilöstövoimavarojen johtamisen tehtävänä on tukea yksilöiden hyvinvointia, osaamista, sitoutumista ja itsensä toteuttamista. (Peltonen 2001, Syväjärvi & Stenvall 2003, Sädevirta 2004, Storey 2007.)
Henkilöstövoimavarojen johtamista on myös kritisoitu. Esimerkiksi Peltonen (2001) toteaa, ettei HRM ole looginen malli paremmasta henkilöstön johtamisesta vaan pikemminkin melko hajanainen joukko uusia ja vanhoja käsityksiä ihmisistä ja organisaatioista. HRM-ajattelua on myös kritisoitu siitä, että resurssinäkökulma esineellistää ja yksipuolistaa ihmiset yksilöinä. Lisäksi kuvaukset ihmisistä ovat normatiivisia: halutaan tuottaa tietynlaisia toimijoita, joita voidaan sitten ohjata ja hallita.

Strategian merkitys henkilöstövoimavarojen johtamisessa

HRM-toimintoja voi tarkastella kahdesta eri näkökulmasta. Käytännön näkökulmasta on mahdollista tunnistaa HRM:n moninaiset toiminnot, jotka eivät välttämättä täydennä toisiaan eivätkä ole organisaation näkökulmasta samanarvoisia, minkä pohjalta on mahdollista erottaa parhaat ja toimivimmat toiminnot. Toinen näkökulma on systeeminen eli koko-

naisvaltaiseen ajattelutapaan perustuva. Henkilöstövoimavarojen toiminnot ovat organisaatiossa kytkeytyneet toisiinsa kokonaisuudeksi, ja tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta kaikkia toimintoja tarvitaan eikä yksittäisiä toimintoja voi pitää toisia parempina. (Veld ym. 2010.)

Systeeminen lähestymistapa liittää henkilöstövoimavarojen johtamiseen strategiaan. Aiemmin strateginen henkilöstövoimavarojen johtaminen (SHRM) ja henkilöstövoimavarojen johtaminen (HRM) erotettiin toisistaan, mutta sittemmin ne ovat yhdentyneet. Nykyisin henkilöstövoimavarojen johtaminen yhdistetään organisaation strategisiin tavoitteisiin ja toimintoihin, millä pyritään parantamaan organisaation tavoitteiden saavuttamista ja tehokkuutta sekä kehittämään organisaatiokulttuuria joustavammaksi ja innovatiivisemmaksi. Lähtökohtana on, että organisaation strategia voi toteutua vain riittävän, osaavan ja motivoituneen henkilöstön avulla. Strategia yhdistää henkilöstövoimavarojen johtamisen toimintapolitiikat ja toiminnot sekä ohjaa henkilöstöön liittyviä päätöksiä organisaation tavoitteiden suuntaisesti. Merkityksellisiä asioita ovat sisäisesti johdonmukaisten henkilöstövoimavarojen johtamisen toimintatapojen suunnittelu ja toteuttaminen sekä organisaation henkilöstöön liittyvien pitkäaikaistavoitteiden saavuttaminen. Ilman strategista kytkentää HRM:ssä on kysymys vain irrallisista henkilöstövoimavarojen johtamisen toiminnoista, joilta puuttuvat perimmäinen tarkoitus ja kokonaisuutta yhdistävä rakenne. (Mabey ym. 1998, Kauhanen 2000, Boselie ym. 2005, Viitala 2006, Storey 2007, Huotari 2009.)

Strateginen lähestymistapa sovittaa yhteen myös yksilö- ja organisaationäkökulmat. Siinä yksilöllä on mahdollisuus kehittää osaamistaan siten, että hänen omat mielenkiinnon kohteensa tukevat organisaation tavoitteita. Organisaatiolla puolestaan on varaa kehittää vain sitä osaamista, joka tukee organisaation perustehtävässä menestymistä. Kokonaisvaltainen strateginen henkilöstövoimavarojen johtaminen perustuu hyvään suunnitteluun, jossa määritellään henkilöstövoimavaroja koskevat tavoitteet ja luodaan henkilöstöstrategia ja henkilöstöpolitiikka tukemaan tavoitetta. Henkilöstöstrategia määrittää henkilöstövoimavaroja koskevat määrälliset, rakenteelliset, osaamiseen ja hyvinvointiin liittyvät pitkäaikaistavoitteet sekä keinot näiden saavuttamiseksi. Henkilöstöpolitiikka taas mää-

rittelee käytännön toimet, vastuut ja aikataulut strategian saavuttamiseksi. (Mabey ym. 1998, Kauhanen 2000, Boselie ym. 2005, Viitala 2006, Storey 2007, Huotari 2009.)

Myös terveydenhuollossa strategisen henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys on korostunut. Sillä on kiistaton yhteys terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamiseen sekä tulevaisuuden turvaamiseen (Truss 2003). Vaikka henkilöstövoimavarojen johtamisen tärkeys on tiedostettu, strategisen johtamisen ongelmat näkyvät edelleen muun muassa puutteellisena tietona ja ymmärryksenä strategioista (Khatri 2006, Kivinen 2008). Päivi Huotari (2009) on tutkimuksessaan todennut, että strateginen osaamisen johtaminen on terveydenhuollossa jakautunut ammattiperusteisesti, kun taas sosiaalialalla vastaavaa jakoa ei esiinny. Strateginen johtaminen ei ole yksikkö- tai palvelualuekohtaista, vaan toiminta jakautuu hoitaja- ja lääkäriprofession mukaan. Myös sosiaali- ja terveydenhuollossa olennaista on kuitenkin se, miten hyvin henkilöstö edistää organisaatioiden tehtävän, vision ja strategian saavuttamista. Organisaatioiden tulee katsoa yli tehtävien, ammattirajojen ja hierarkioiden (Syväjärvi 2005).

Julkisen sektorin henkilöstön valintaan, urakehitykseen ja palkitsemiseen liittyvät asiat ovat olleet kiinnostavia julkisesti ja osittain myös poliittisesti, minkä vuoksi HRM-toimintoihin liittyvät menettelytavat ovat olleet standardoituja ja yhteneviä. (Bach 2009.) Henkilöstövoimavarojen johtamista määrittävät myös työelämäsuhteet, jotka säätelevät henkilöstön ja organisaation välisiä suhteita. Työmarkkinajärjestelmä pyrkii sääntelemään henkilöstövoimavarojen johtamista asettamalla sille normeja ja sisältöjä esimerkiksi työehtosopimuksin. Varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa ammattilaisten kelpoisuusehtoja ja asemaa säädellään tarkasti (tarkemmin Narikka 2008, http://stm.fi/sotehenkilosto), minkä vuoksi työlainsäädännön ja työmarkkinajärjestelmän tuntemus ovat tärkeitä sosiaali- ja terveydenhuollon johtajalle. (Vanhala 1999, Sädevirta 2004, Viitala 2006.)

Henkilöstövoimavarojen johtaminen onkin vahvasti yhteydessä organisaation strategiaan. Organisaation toiminnan ja tuloksellisuuden varmistamiseksi jokaisen työntekijän tulee tietää toiminnan tarkoitus ja tavoitteet sekä tunnistaa merkityksellinen tieto ja osaaminen. Työntekijän tulee tietää oman tehtävän ja tavoitteiden yhteys organisaation perustehtä-

vään. Sekä tavoitteiden selkeys että organisaation ja yksilön pyrkimysten ja tavoitteiden yhdistäminen ovat toiminnan keskeisiä edellytyksiä. (Kivinen 2008.) Johtamisen näkökulmasta on tärkeää hahmottaa organisaation strategian yhteys keskeisiin HRM-toimintoihin. Taulukossa 13 tätä on jäsennetty strategisen johdon, keskijohdon ja lähijohdon näkökulmista. Johtamisen eri tasoilla painotukset ovat erilaisia ja organisaation strategia yhdistää eri tasojen toiminnot. Organisaation henkilöstövoimavarojen johtaminen joko vahvistaa tai heikentää työntekijöiden sitoutumista ja suhdetta organisaatioon (Boselie 2010).

Taulukko 13. Henkilöstövoimavarojen johtamisen yhteys strategiaan organisaation eri tasoilla (Kinnunen ym. 2008, mukailtu teoksesta Ranki 1999, 17).

Organisaation strategia			
	Strateginen taso	Keskijohto	Lähijohto
Henkilöstön hankinta	Tulevien osaamistarpeiden tunnistaminen Rekrytointipolitiikan laatiminen osana henkilöstöstrategiaa	Rekrytointiprosessien kehittäminen (oikeiden henkilöiden valinta)	Henkilöstöresurssien riittävyyden ja tarvittavan osaamisen varmistaminen
Henkilöstön kehittäminen	Organisaation ydinosaamisen turvaaminen ja kehittäminen Organisaation oppimiskyvyn edistäminen Henkilöstöstrategian laatiminen	Toimintoketjujen ja -prosessien kyvykkyyden varmistaminen Johtamisjärjestelmien kehittäminen Osaamisen hallinnan kehittäminen	Työryhmien ja yksilöiden kehittämistarpeiden selvittäminen Henkilöstön kehittämisen edistäminen (esim. työkierto, henkilöstökoulutus)
Henkilöstön palkitseminen	Osaavan henkilökunnan pitäminen organisaatiossa Palkitsemispolitiikan laatiminen osana henkilöstöstrategiaa	Palkitsemisjärjestelmien ja -prosessien kehittäminen	Aineettomien ja aineellisten palkitsemismenettelyjen oikeudenmukainen käyttö

Henkilöstövoimavarat ja niiden johtaminen

Seuraavaksi tarkastellaan henkilöstövoimavaroja ja osaamista sekä kuvataan kolmea HRM-toimintoa, jotka ovat keskeisiä henkilöstövoimavarojen määrän, laadun ja toimivuuden kannalta. Henkilöstövoimavarat koostuvat henkilöstövahvuudesta ja -rakenteesta, henkilöstön yksilöllisistä ominaisuuksista (osaamisesta, motivaatiosta, sitoutumisesta, ikä- ja sukupuolijakaumasta) sekä organisatorisista tekijöistä (johtamiskäytännöistä, organisaation osaamisen hyödyntämisestä). Henkilöstövoimavaroissa erotetaan yleensä toisistaan laatu (osaaminen), määrä (lukumäärä, työajan käyttö, sairastavuus) ja tila (työilmapiiri ja työtyytyväisyys). Työyhteisötarkastelussa voidaan analysoida työyhteisön päämäärätietoisuutta, työn sisältöä, henkilösuhteita, kommunikaatiota, työtyytyväisyyttä, palkkausta ja innovaatiokykyä. Henkilöstövoimavarat ovat näiden tekijöiden tulos. (Ranki 1999, Koivuniemi 2004, taulukko 14.)

Taulukko 14. Henkilöstövoimavarat (Ranki 1999, Koivuniemi 2004).

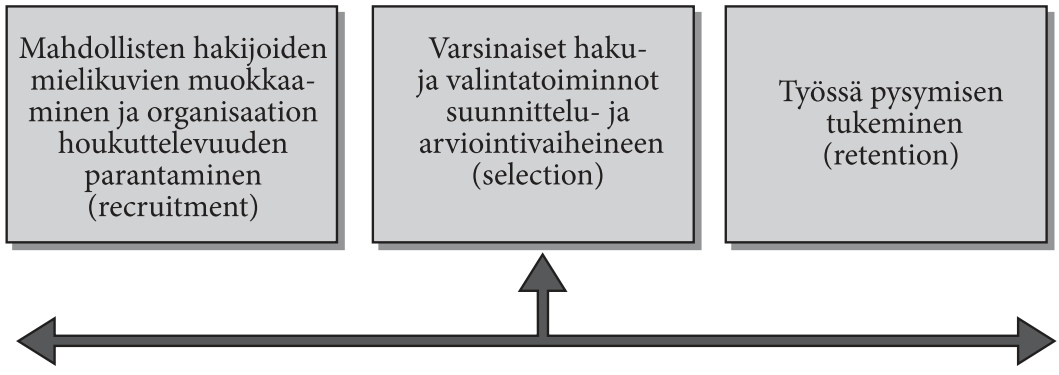
Henkilöstövoimavarat		
Osaaminen ja henkilöstön laadulliset ominaisuudet: – osaaminen ja oppiminen – kokemus – koulutus – uudistumis- ja työkyky – vaihtuvuus	Henkilöstön määrä ja rakenne: – henkilöstömäärä – työsuhteen laatu – ikärakenne – sukupuoli – työajan käyttö – työajan jakautuminen	Työyhteisön toimivuus; työilmapiiri – työtyytyväisyys – johtaminen – työolot – palkitseminen

Järvinen kirjoittajakumppaneineen (2000) tarkastelee työyhteisön voimavarakysymystä lähinnä tiedon ja osaamisen näkökulmasta Blacklerin tietotyyppejä soveltamalla (ks. myös luvusta 11). Yksilön inhimilliset voimavarat kattavat niin työntekijän käsitteellistämän tiedon (faktat, väittämät, käsitteet, mallit), toiminnallisen tiedon (taitotieto, ongelmanratkaisukäytännöt) kuin kulttuurisen tiedon (käyttäytymismallit ja arvot). Työyhteisön inhimilliset voimavarat kattavat myös käsitteellisen tiedon (yhteiset

uskomukset), toiminnallisen tiedon (yhteistyö ja vuorovaikutustavat) ja kulttuurisen tiedon (arvot, ideologiat, oma kieli). Lisäksi työyhteisöistä on löydettävissä ankkuroitua tietoa, kuten rutiinit, roolit ja rituaalit. Sädevirta (2004) puolestaan tiivistää henkilöstön tärkeimmiksi ominaisuuksiksi kriittiset psykologiset asenteet ja tilat (tyytyväisyys, motivaatio), kognitiiviset voimavarat (tiedot, pätevyydet, kyvyt ml. oppimiskyky), työkäyttäytymisen ja työorientaation mallit (omien tavoitteiden ja organisaation tavoitteiden yhdistäminen) sekä ryhmäperusteiset tai kollektiiviset voimavarat (ryhmäkäyttäytyminen, yhteistoiminta). Nämä ominaisuudet vaikuttavat muun muassa siihen, miten työntekijä suhtautuu osaamisensa kehittämiseen ja sen jakamiseen toisten työntekijöiden kanssa.

Henkilöstön hankinta

Henkilöstön määrään ja laatuun pyritään vaikuttamaan henkilöstösuunnittelulla ja -hankinnalla. Rekrytointi on usein ensimmäinen vaihe henkilöstövoimavarojen johtamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Se on myös organisaatiolle merkittävä investointi. Rekrytointia on kuvattu organisaation näkökulmasta kaikkein strategisimmaksi henkilöstövoimavarojen johtamisen prosessiksi sen kauaskantoisuuden vuoksi (Viitala 2006, Salojärvi 2009a). Sen vuoksi organisaatiossa olisi hyvä olla käsitys sekä siitä, millaista osaamista tulevaisuudessa tarvitaan että siitä, millaista henkilöä etsitään (Storey 2007). Tämä edellyttää strategista henkilöstösuunnittelua. Siten rekrytointi on yhteydessä sekä organisaation strategiaan että organisaation osaamiseen. Rekrytoinnit voivat olla joko organisaation ulkoisia tai organisaation sisäisiä, jolloin rekrytointiin yhdistyy usein osaamisen kehittämisen elementtejä. Rekrytointi on myös tärkeä vaihe työntekijän näkökulmasta, sillä se antaa työntekijälle ensimmäisen käsityksen, millainen organisaatio on. Organisaatio voi myös epäonnistua rekrytointivaiheessa, jos se jättää hakijalle esimerkiksi vahvan epäoikeudenmukaisuuden tunteen hakuprosessista (Breaugh & Starke 2000, Kanerva ym. 2010).



Kuvio 14. Rekrytointi.

Rekrytointi ymmärretään usein kapeasti vain henkilöstön valintaan liittyväksi vaiheeksi (Lievens & Chapman 2009). Rekrytointi kattaa kuitenkin kaikki ne toimenpiteet ja valinnat, jotka liittyvät oikeiden ihmisten sijoittamiseen oikeisiin tehtäviin tai jopa pois niistä (Salojärvi 2009a). Rekrytointia voidaan tarkastella kolmivaiheisena prosessina, jonka ensimmäinen vaihe on houkuttelu, toinen vaihe valinta ja kolmas vaihe työssä pysymisen tukeminen (Barber 1998, Iles 2001, kuvio 14). Houkutteluvaiheen tavoitteena on kiinnittää potentiaalisten hakijoiden mielenkiinto organisaatiota ja työtehtävää kohtaan erilaisin menettelytavoin, esimerkiksi lehti-ilmoituksilla tai sosiaalisella medialla. Näin saadaan selville potentiaalinen hakijajoukko. Organisaation maine (imago) vaikuttaa hakijoiden mielenkiintoon. Organisaation mainetta on mahdollista kehittää ja muokata esimerkiksi oppilaitosyhteistyön ja henkilöstövoimavarojen johtamisen avulla (Viitala 2006). Sosiaali- ja terveydenhuollossa organisaatiokuvaan ei ole toistaiseksi kiinnitetty riittävästi huomiota, vaikka se on kriittinen työvoiman saatavuuteen vaikuttava tekijä (Hietamäki 2013). Myös yhteiskunnallisella keskustelulla on merkittävä rooli sosiaalialan arvostuksen lisäämisessä (Karvinen-Niinikoski ym. 2005). Lisäksi tutkimuksessa on todettu, etteivät terveydenhuollon johtajat ja työntekijät pitäneet organisaatiotaan houkuttelevana työpaikkana tulevaisuudessa (Kinnunen ym. 2008, ks. myös Karvinen-Niinikoski ym. 2005, Matela 2009).

Valintavaiheessa toteutetaan varsinaiset haku- ja valintatoiminnot ja arvioidaan niiden onnistumista. Valinnassa on tavoitteena tunnistaa teh-

tävään kaikkein sopivimmat ehdokkaat esimerkiksi haastattelemalla, psykologisin testein tai itse- ja vertaisarviointien avulla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa muodollinen pätevyys on painavin valintaperuste. Valintaperusteita ei kuitenkaan ole aina ilmaistu selkeästi, saati käytetty systemaattisesti. (Kinnunen ym. 2008.)

Työssä pysymisen tukemisen vaiheessa pyritään sovittamaan yhteen yksilön ja organisaation tavoitteet ja motivoimaan työntekijää sitoutumaan organisaatioon. Käytännössä työssä pysymisen tukeminen alkaa uuden työntekijän perehdyttämisellä ja jatkuu osaamisen kehittämisellä ja monipuolisella palkitsemisella.

Osaamisen kehittäminen ja arviointi

Osaaminen on noussut yhä tärkeämmäksi tekijäksi organisaatioiden näkökulmasta. Työelämän vaatimukset ovat laajentuneet, mikä aiheuttaa työntekijälle tarpeen kehittää osaamistaan jatkuvasti. Osaamista voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta: 1) organisaation osaamisena, joka kattaa sekä yksilöiden että ryhmien osaamisen mutta myös organisaation ja sen osien tavan toimia, 2) yksilön, ryhmän tai verkoston kykyinä, tietoina ja taitoina, 3) organisaatiokulttuurisena tekijänä, jolloin tarkastellaan eri taitojen lisäksi yhteistyöhön, asenteeseen ja motivaatioon liittyviä tekijöitä. (Salojärvi 2009b.) Organisaatiotasolla pohditaan kysymystä siitä, mikä on organisaation ydinosaamista, jota tulisi säilyttää ja kehittää. Organisaation osaaminen on perustehtävän kannalta relevanttia tietoa ja informaatiota, joka muuttuu osaamiseksi ihmisten toimiessa organisaatioiden toiminta-ajatuksen ja tavoitteiden mukaisesti. Yksilön näkökulmasta puolestaan keskustellaan yksilön ammattitaidosta, asiantuntijuudesta, kvalifikaatioista tai kompetensseista. Johtamisen tehtävänä on yhdistää nämä kaksi näkökulmaa toisiaan tukeviksi, vaikka osaamisen systemaattinen ja strategialähtöinen määrittäminen, käyttö ja soveltaminen on edelleen vähän tutkittu aihe eikä osaamisen kehittämisen strategisuus ole noussut keskusteluteemaksi organisaatioissa (Huotari 2009, ks. myös Pajula 2013).

Osaamisen kehittäminen on siirtynyt yksilöltä yhteisön osaamisen kehittämiseen, sillä osaaminen paikantuu yhä selvemmin ryhmiin, verkos-

toihin ja organisaatioihin myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Osaaminen on myös laajentunut ajallisesti toimintatapojen kehittämiseen ja uuden osaamisen tuottamiseen. Osaamisen laadullinen muutos on puolestaan siirtänyt tarkastelun yksittäisistä tehtävistä kokonaisuuksien hallintaan ja sen uudistamiseen. (Launis & Engeström 1999, Virkkunen 2002.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa osaamisen kehittämisessä on luotettu vahvasti yksilön muodolliseen koulutukseen (ammattikoulutus + täydennyskoulutus). Henkilöstön täydennyskoulutusvelvoitteet ohjaavat tähän suuntaan (Narikka 2008), vaikka muodollinen, tutkintoon johtava koulutus on vain yksi tapa kehittää osaamistaan eikä se enää yksistään vastaa yhteiskunnan vaatimuksiin (Järvinen ym. 2000). Lisäksi työntekijät eivät voi olla jatkuvasti koulutuksissa organisaation ulkopuolella (Kivinen 2008). Muodollisen koulutuksen anti siirtyy melko huonosti työyhteisön toimintaan, ja erityisesti lyhyiden koulutusten hyöty on melko pieni (esim. Karvinen-Niinikoski ym. 2005).

Kun osaamista jäsennetään teoriatiedon, käytännön, kokemuksen ja hiljaisen tiedon ketjuna, koulutus on vain yksi osaamisen kehittämisen elementti (Järvinen ym. 2000). Yhä tärkeämmiksi osaamisen kehittämisen keinoiksi ovat nousseet työssä oppimisen menetelmät, jotka perustuvat kokemukselliseen työssäoppimiseen. Olisi siis tärkeä pohtia, millainen oppimisympäristö organisaatio on. Ympäristö vaikuttaa oppimisen suuntautumiseen, opitun siirtymiseen organisaation sisällä, henkilöstön yhteistyöhön ja kykyyn tuottaa hyötyä asiakkaille.

Osaamisen kehittämisen menetelmiä on useita (esim. Kauhanen 2000, Salojärvi 2009b, taulukko 15). Osa menetelmistä on yksilöoppimista, kuten ammattikirjallisuuden lukeminen. Osa taas mahdollistaa myös kokemuksellisen ja hiljaisen tiedon jakamisen. Osaamisen johtamisen näkökulmasta haasteellinen kysymys on, miten hiljainen tieto kyetään jakamaan. Hiljainen tieto voi ilmetä myös yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa ja yhteistoiminnan muodoissa. Hiljainen tieto voi lisäksi olla osa ammatti- tai organisaatiokulttuuria, jossa määrittyvät esimerkiksi käyttäytymisen koodit ja eettiset arvoasetelmat. (Nonaka & Takeuchi 1995, Järvinen ym. 2000.)

Taulukko 15. Osaamisen kehittämisen menetelmät.

Työpaikalla toteutettavat	Työpaikan ulkopuolella toteutettavat
– sijaisuudet – työkierto – projektityöskentely – työn rikastaminen – työn laajentaminen – vastuulliset erityistehtävät – toimiminen kouluttajana – perehdyttäminen – mentorointi – jokapäiväinen johtaminen – kehityskeskustelut	– opintokäynnit – ammattilehtien lukeminen – ammattikirjallisuuden lukeminen – itseopiskeluohjelmat – opiskelu oppilaitoksissa – opiskelu koulutusorganisaation järjestämillä kursseilla – monimuoto-opiskeluohjelmat

Työntekijöille osaamisen kehittäminen ei ole tärkeää vain ammattitaidon näkökulmasta, vaan se myös sitouttaa, luo turvallisuutta, luottamusta ja jatkuvuuden tunnetta. Kun työnantaja huolehtii osaamisesta ja tukee sitä, työntekijät sitoutuvat organisaatioon. Työnantajan tehtävänä on luoda kehittymiselle suotuisat olot. Työntekijältä taas edellytetään omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Osaamisen kehittäminen tuo onnistumisen kokemuksia, mikä vahvistaa työhyvinvointia ja työn merkitystä. (Sydänmaalakka 2000, Salojärvi 2009b.)

Osaamisen johtamisen näkökulmasta haasteita ovat sekä osaamisen tarkoituksenmukainen hyödyntäminen että yksikön osaamisen jakaminen ja tunnistaminen. Yksilön osaamista arvioidaan ja siitä kootaan tietoa eri menetelmillä (esim. kehityskeskustelut), mutta käytössä ei juuri ole menetelmiä, joilla osaamista kumuloidaan yksikön tiedoksi tai joilla siitä viestitään yksikön ulkopuolelle koko organisaation käyttöön (Kivinen 2008). Pahimmillaan työntekijöiden osaamistieto jää lähijohtajan mappiin tai tietokoneelle. Johtajilta puuttuvat toimivat ja reaaliaikaiset välineet johtaa kokonaisuutta, ja vaikka heillä on henkilöstöön liittyvää tietoa, heidän tietonsa henkilöstövoimavaroista on usein pirstaleista (Koivuniemi 2004, Kinnunen ym. 2008). Myös henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöt vaihtelevat. Esimerkiksi kehityskeskustelut eivät kuulu kaikkien sosiaali- ja terveysjohtajien työvälineisiin. (Heikka 2008, Ruoranen 2011.) Erityinen

haaste sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen kehittämisen kannalta on vahva ammattiryhmäkohtainen toimintakulttuuri (esim. Kivinen 2008).

Henkilöstön palkitseminen

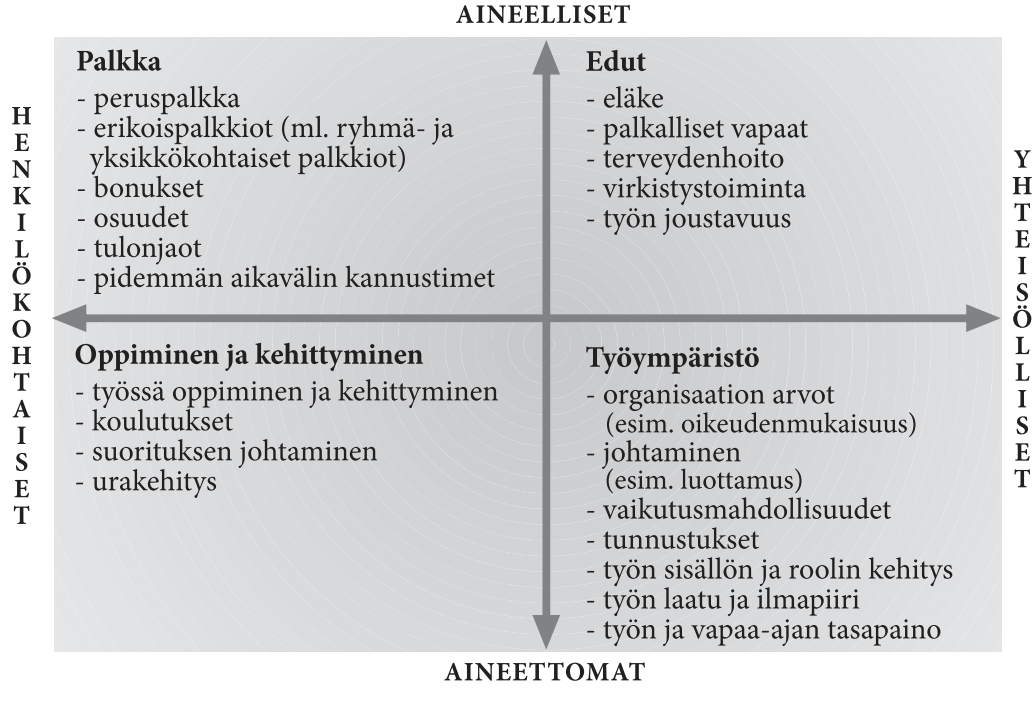
Sosiaali- ja terveydenhuollossa on rajalliset resurssit, jotka on kyettävä käyttämään tehokkaasti. Ammattitaitoisten työntekijöiden työhyvinvoinnista ja sitoutumisesta on kuitenkin huolehdittava (Laine ym. 2011). Palkitseminen on varsinkin julkisessa keskustelussa kiteytynyt palkka-asioihin. Esimerkiksi vanhustyöstä puhuttaessa palkitsemisen perusteina painotetaan toisaalta työn innostavuutta ja asiakkaiden tyytyväisyyttä mutta myös työn raskautta ja erittäin kehnoa palkkaa. (Hulkko ym. 2006.)

Riitta Viitala (2006) korostaa, että organisaation palkitsemiskulttuurin tulisi olla läpinäkyvää ja helppoa tulkita. Tämä edellyttää organisaatiossa keskustelua siitä, mitä työntekijältä odotetaan ja mistä häntä palkitaan. Suomalaisessa työkulttuurissa vallitsee vahva tasajaon ajatus, sillä samapalkkaisuus on helpompi perustella kuin se, että paremmin suoriutuvalle maksetaan suurempaa palkkaa (Viitala 2006, ks. myös Kinnunen ym. 2008). Henkilöstöjohdon ryhmän HENRY:n kannanotossa (2007) todetaan, että palkitsemista ja sen eri tapoja on hyödynnetty vasta vähän, vaikka se on yksi johtamisen haastavimmista ja vaikuttavimmista toiminnoista. Palkitseminen on johtamisen väline, jossa organisaation näkökulma (mm. strategian mukainen toiminta, tavoitteiden saavuttaminen) yhdistyy yksilön näkökulmaan (innostus, sitoutuminen, tyytyväisyys, toimeentulo) (Hakonen 2009, Hakonen & Nylander 2015).

Palkitsemiskeinoja ovat muun muassa palkka ja palkkiot, rahanarvoiset etuudet, kiitosten ja arvostuksen antaminen, luovuuden ja itsensä kehittämisen vapaus, joustavuus ja vapaus työssä sekä lisähaasteet ja -vastuut (Viitala 2006). Usein palkitseminen jaetaan aineelliseen ja aineettomaan palkitsemiseen (kuvio 15). Aineellisia palkitsemistapoja ovat peruspalkka ja sitä täydentävät henkilöstöedut sekä erilaiset palkkiojärjestelmät: erikois-, aloite- ja tulospalkkiot. Aineettomia palkitsemistapoja taas ovat koulutus- ja kehittymismahdollisuudet, työn sisältö, huomioimiset, työajan järjestelyt ja työsuhteen vakinaistaminen. (Hulkko ym. 2006.) Eri

palkitsemistavoilla tavoitellaan erilaisia asioita, ja kaikki palkitsemistavat voivat olla työntekijälle merkityksellisiä. Suomessa palkitsemiseen liittyy myös työehtosopimuksen tai työlainsäädännön mukaisia palkitsemistapoja ja etuuksia (HENRY 2007, myös Hakonen & Nylander 2015).

Palkitsemisessa korostuu sen kokonaisuus. Palkka on harvoin ainoa keino motivoida työntekijöitä, koska motivaatioon vaikuttavat myös yksilölliset tekijät. Työpaikkansa hyvyyttä arvioidessaan työntekijä arvioi palkitsemisen kokonaisuutta ennemmin kuin jonkin yksittäisen palkitsemisjärjestelmän käyttämistä. (Viitala 2006.) Johtamisen näkökulmasta on olennaista tunnistaa yksilölliset motivaatiotekijät, jotta työntekijöitä kyetään palkitsemaan hyvin tehdystä työstä heille merkityksellisellä tavalla. Varsinkin julkisella sektorilla on kuitenkin oletettu, että työntekijät motivoituvat luontaisesti työhönsä (Bach 2009).



Kuvio 15. Palkitseminen (Ruuska 2013, 51, mukailtu teoksesta Armstrong & Brown 2006, 25).

Oikeudenmukainen palkitseminen luo työntekijälle turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta (Viitala 2006). Sosiaali- ja terveydenhuollossa työntekijöitä on vanhastaan palkittu tehtävänimikkeiden, koulutuksen, iän ja

työvuosien perusteella. Ammatillisesta osaamisesta ja sen kehittämisestä ei sen sijaan palkita riittävästi eikä oikeudenmukaisesti. Palkitsemisessa on myös ammattiryhmäkohtaisia eroja. (Kinnunen ym. 2008.) Hämäläinen ja Niemelä (2006) totesivat, että huono palkkaus on merkki yhteiskunnallisen arvostuksen puutteesta sosiaalityössä (myös Karvinen- Niinikoski ym. 2005, Matela 2009). Heikan (2008) mukaan taas kannustava palkkaus toteutuu harvoin, vaikka työtehtäviä monipuolistetaan. Tilanne on kuitenkin muuttumassa (esim. ryhmäkohtainen palkitseminen lääke- tai haavahoidon osaajille), sillä sekä pienenevät ikäluokat ja heidän muuttuvat vaatimuksensa että osaamisen tunnustaminen ja sen kehittämiseen panostaminen edellyttävät palkitsemisjärjestelmien uudelleen harkintaa. Osaamisen korostaminen edellyttää palkkauksen joustavuutta, joka puolestaan edellyttää henkilökohtaisen työsuorituksen arviointia ja johtajalta uusia taitoja (HENRY 2007). Tästä näkökulmasta odotukset palkkauksen ja palkitsemisjärjestelmän kehittämisestä lisääntyvät. Kuitenkin palkitseminen muuttuu erittäin hitaasti hallinnollisesta välineestä strategisen johtamisen systeemiksi (Boselie 2012, Ruuska 2013).

Henkilöstövoimavarojen johtamisen tulevaisuus

Henkilöstövoimavarojen johtamisen edut ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa kiistattomia, sillä toiminta perustuu pitkälti henkilöstön osaamiseen eikä niinkään tekniikan kehitykseen. Tutkimusnäyttö asiasta on kuitenkin vielä melko vähäistä ja osin ristiriitaista. Henkilöstövoimavarojen johtamiseen panostamalla organisaatiot ovat saavuttaneet parempia tuloksia. Esimerkiksi potilaskuolleisuus on vähentynyt, henkilökunnan motivaatio lisääntynyt, palvelun laatu parantunut ja asiakkaiden tyytyväisyys kasvanut (esim. Boselie ym. 2005, Dubois ym. 2006, Gunnarsdottir & Rafferty 2006, West ym. 2006, Harris ym. 2007). Sitä, millaisten johtamisprosessien kautta myönteiset yhteydet ja vaikutukset ovat syntyneet, ei kuitenkaan tunneta hyvin (ns. black box -ongelma, Stanton ym. 2004, Harris ym. 2007, Pauuwe 2009). Myöskään henkilöstövoimavarojen johtamisen vaikuttavuudesta ei ole toistaiseksi kovin paljon tietoa (Boselie 2010, Veld ym. 2010).

Esimerkit ja tutkimukset kertovat myös toisenlaisia tuloksia. Julkisella sektorilla uusi julkisjohtaminen (NPM) on mahdollistanut HRM-ajattelun leviämisen. Sosiaali- ja terveydenhuolto noudattaa sekä tavanmukaisen julkishallinnon että uuden julkisjohtamisen periaatteita. Sosiaali- ja terveysalalla on edelleen runsaasti nähtävissä weberiläisen byrokratian piirteitä, jotka vaikuttavat myös henkilöstövoimavarojen johtamiseen. Koska uudistuksissa ei ole välttämättä otettu huomioon henkilöstövoimavarojen johtamisen kysymyksiä, myös johtamisen dysfunktioita on syntynyt. (Bach 2009.) Esimerkiksi Heikka (2008) on tutkimuksessaan osoittanut, että vastuun ja tehtävien delegointi johtotasolla on myös johtanut siihen, että hallintoa on delegoitu alaspäin mutta henkilöstöön liittyvien asioiden päätöksenteko (esim. palkkaus, tehtävien monimuotoistuminen jne.) eivät olekaan enää samalla johtamisen tasolla. Johtaminen painottuu sosiaali- ja terveydenhuollossa edelleen henkilöstöhallinnollisiin tehtäviin eikä strategiseen henkilöstövoimavarojen johtamiseen (Kinnunen ym. 2008). Tästä huolimatta johtajilla on vahva halu olla hyviä henkilöstön johtajia ja he myös kokevat, että he hallitsevat henkilöstövoimavarojen johtamisen. Henkilöstön saatavuuden ja työssä pysymisen tukemiseksi on kuitenkin suuria paineita, joten henkilöstövoimavarojen johtaminen on tulevaisuudessa tärkeä osaamisalue. (Bach 2009, Viitanen ym. 2007.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa henkilöstövoimavarojen johtamisessa on kyse professioiden johtamisesta (Bach 2009). Erityisesti asiantuntijaorganisaatiossa henkilöstö pitää tärkeänä arvostusta, oikeudenmukaisuutta ja yhteisöllistä toimivuutta, jotka edellyttävät henkilöstövoimavarojen johtamista. Organisaation menestykseen vaikuttavat henkilöstön tiedon kunnioitus ja johtajien kyky inspiroida toimijoita käyttämään osaamistaan (Syväjärvi & Stenvall 2003.) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa HRM on pitkälti lähijohtajien vastuulla ja jokainen johtaja muokkaa toiminnallaan henkilöstövoimavarojen johtamista. Organisaation erilliset HRM-yksiköt (kuten rekrytointipalvelut, koulutusyksiköt) tuottavat myös henkilöstövoimavarojen johtamista tukevia palveluja. Tulevaisuuden yhtenä haasteena on näiden yksiköiden ja erityisesti lähijohtajien työn koordinointi ja yhteistyön lisääminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laaja työvoima koostuu eri professioista, joista useimmilla on vahvat ammattijärjestöt taustallaan. Ammattijärjestöt ja työnantajajärjestöt haluavat vaikuttaa sekä koulutuskysymyksiin (sisältöön ja määriin) että työn sisältöihin ja ehtoihin. On kuitenkin arvioitu, että ammattijärjestöjen rooli ja merkitys pienenevät ja asiakkaiden tarpeiden merkitys myös työvoimaa ohjaavana tekijänä korostuu. Myös muut tahot ovat kiinnostuneita sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ja sen johtamisesta. Lisäksi alan työvoima on kansallisen kiinnostuksen ja säätelyn kohteena. Moninaistuminen näkyy myös palvelujen tuotannossa, jossa henkilöstövoimavarojen johtamisessa voi olla niin julkisen, yksityisen kuin kolmannenkin sektorin käytäntöjä. Henkilöstövoimavarojen johtamisen näkökulmasta tämä edellyttää sekä koordinointia että uudenlaisten kumppanuuksien syntymistä. Olennainen kysymys on lisäksi eri järjestelmien (henkilöstö-, tieto jne.) yhteensopivuus organisaatiotasolla. (Bach 2009, Harris ym. 2007.)

Keskeistä:

- Lähijohtajan rooli henkilöstövoimavarojen johtajana on merkittävä, sillä hän tulkitsee viime kädessä organisaation strategista tahtotilaa henkilöstölleen.
- Henkilöstövoimavarojen johtamisen näkökulmasta olennaista on, että sen toiminnot ovat yhteydessä toisiinsa. Työntekijät tekevät omat tulkintansa siitä, millaista henkilöstövoimavarojen johtamista organisaatiossa toteutetaan.
- Henkilöstön monimuotoistuminen haastaa henkilöstövoimavarojen johtamisen periaatteet ja toiminnot sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.
- Henkilöstövoimavarojen johtamisella on yhteys organisaation tavoitteiden saavuttamiseen, mutta on vielä selvittämättä, miten se käytännössä toteutuu (black box -ongelma).

Sosiaali- ja terveysjohtaminen 2020-luvulla

Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen

”Halu työskennellä ihmisten kanssa, halu organisoida ja toimia asiakkaan parhaaksi on innostanut nuoria johtajia johtajan uralle. He kokevat päässeensä näköalapaikalle seuraamaan alaa, joka kehittyy koko ajan.”

Marjatta Karvinen (2011, 8)

Tässä kirjassa on esitelty useita näkökulmia ja teemoja sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen, mutta viimeistään nyt on kysyttävä, mitä annettavaa näillä näkökulmilla on tulevaisuudessa ja mitkä ovat positiivisia ja negatiivisia kehityskulkuja, jotka sosiaali- ja terveysjohtamisessa pitäisi ennakoida.

Sosiaali- ja terveysjohtamisen malli

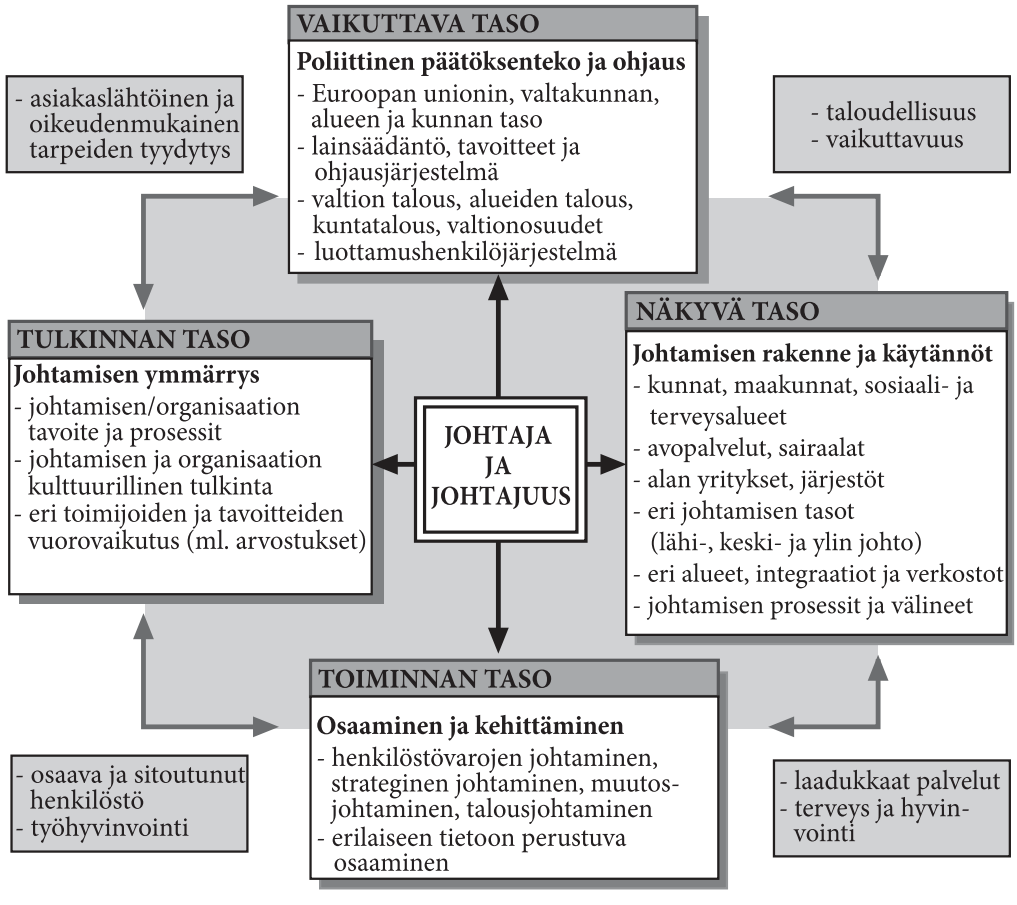
Kirjassa käsitellyistä teemoista keskeisimmät on tiivistetty sosiaali- ja terveysjohtamisen malliin (kuvio 16). Malli jäsentää johtamisen kokonaisuuden, jota jokainen johtaja ja työntekijä voi täydentää ja tulkita oman käyttöteoriansa kautta. Tässä käyttöteorialla tarkoitetaan jokaisen yksilöllisen kokemustiedon, teoriatiedon ja arvopohjan perusteella muodostettua ymmärrystä, joka ilmenee toimintana johtamisessa. (Ks. lisää Argyris & Schön 1978, Osterman & Kottkamp 2004.) Mallin tavoitteena on jäsentää johtamisen kokonaisuutta ja toimia pedagogisena työvälineenä johtamista jäsennettäessä.

Malli rakentuu johtamisen neljälle tasolle: vaikuttavalle tasolle, näkyvälle tasolle, tulkinnan tasolle ja toiminnan tasolle. Nämä tasot ovat osa yhteiskuntaa, johon kaikki sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijat (esim. asiakkaat, päättäjät tai johtajat) osallistuvat, sosiaalistuvat ja vaikuttavat. Malli kytkeytyy siten osaksi yhteiskunnan historiaa, nykyisyyttä ja tulevaisuutta.

Vaikuttava taso viittaa niihin yhteiskunnallisiin tekijöihin, jotka määrittävät organisaatiotason sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista. Nämä tekijät ja sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan sisältö määrittävät sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisen erityisluonnetta. Vaikuttavan tason tekijät voi jäsentää myös poliittiseksi johtamiseksi. Näkyvä taso taas viittaa niihin tekijöihin, jotka ovat havaittavissa sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteissa ja käytännöissä. Kulttuurin käsittein kyseessä on organisaation ja johtamisen pintataso, joka on löydettävissä esimerkiksi organisaatiokaavioista, johtosäännöistä ja toimintakertomuksista.

Tulkinnan tasolla siirrytään johtamisen ja johtamiseen liittyvien ilmiöiden ymmärtämisen tasolle (esim. rationaaliset tai tulkinnalliset maailmankuvat). Tulkinnat voivat kohdistua esimerkiksi organisaatioiden luonteeseen, strategioihin ja niihin liittyviin prosesseihin tai muutokseen ja henkilöstöön. Osittain kyseessä on johtamisen tiedostamaton taso, jota voidaan pyrkiä paljastamaan tietoiseksi esimerkiksi dialogilla. Tulkinnan tasolla johtamisen ymmärrys vaihtelee yksilöittäin, aikakausittain ja tilanteittain.

Viimeisellä tasolla eli toiminnan tasolla nämä eri tasot yhdistyvät johtamiseksi. Toiminnan tasolla johtajuus rakentuu vuorovaikutuksessa eri tasojen ja toimijoiden välillä. Toimijat ovat siis aina osallisena johtamisessa, olivatpa he missä roolissa hyvänsä (asiakkaana, työntekijänä, johtajana). Toiminnan tasolla tulemme edellä mainittuun käyttöteoriaan, joka on jokaisella johtajalla yksilöllinen. Seuraavaksi sosiaali- ja terveysjohtamisen mallin tasoja tarkastellaan niiden sisältöjen pohjalta.



Kuvio 16. Sosiaali- ja terveysjohtamisen malli.

Vaikuttava taso. Poliittinen päätöksenteko ja ohjaus vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen. Poliittiseen päätöksentekoon ja talouteen liittyvät ilmiöt luovat johtamiseen ja sen onnistumiseen liittyviä ehtoja ja mahdollisuuksia (ks. luvuista 2 ja 3). Tulevaisuuden palvelujärjestelmään ja sen johtamiseen vaikuttavat nykyistä enemmän kansainvälisty-

minen ja kansainvälinen politiikka, erityisesti talouspolitiikka ja EU-politiikka. Kansainvälistyminen näkyy asiakkaiden monikulttuuristumisena, henkilöstön liikkuvuutena ja rekrytointeina sekä kansainvälisen rahoituksen yhä suurempana osuutena sosiaali- ja terveyspalveluissa (EU-tasoinen hankerahoitus ja yksityisen pääoman osallistuminen yritysrahoitukseen).

Suomen kehittyneisyys yhteiskuntana mahdollistaa sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyistä selkeämmän ja tasa-arvoisemman palvelujärjestelmän, jos poliittisen ja organisaatioiden johtamisen avulla on mahdollista löytää riittävästi yhtenäistä tahtoa palvelujen laadun ja jakautumisen parantamiseksi. Kokonaisuuden hahmottamisessa tärkeitä asioita ovat nykyistä vahvempi, alueellinen ja valtakunnallinen kokonaisuuden hallinta ja koordinointi. Useimmiten sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet ovat onnistuneita ja yhteiskunnallisesti hyväksyttyjä, mutta politiikan toimenpano tai strategioiden toteutus on jäänyt vaillinaiseksi.

Näkyvä taso. Sosiaali- ja terveysjohtamisen näkyvä taso sisältää johtamisen rakenteet (ks. luvuista 1, 2, ja 5) ja käytännöt (ks. luvuista 4 ja 6). Organisaatioiden yksiköt suurenevat, keskittyvät ja palvelutuotanto moninaistuu yksityisten organisaatioiden ja järjestöjen osallistuessa yhä vahvemmin palvelujen tuottamiseen. Vaikka tässä kirjassa on tarkasteltu sosiaali- ja terveysjohtamista kokonaisuutena, myös erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot vaikuttavat johtamiseen. Erikoissairaanhoidon johtamisessa, sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa sekä alan yritysten ja järjestöjen johtamisessa on organisaatioista ja niiden perustehtävästä johtuvia johtamista määritteleviä piirteitä, joiden yhteensovittamista tarvitaan tulevassa palvelujärjestelmässä.

Elina Viitanen kollegoineen (2007) on kuvannut johtamisen muutossuuntia siten, että erikoissairaanhoidossa ollaan siirtymässä vahvasta ammatillisesta senioriteetista uudenlaiseen ammatilliseen senioriteettiin ja managerialismiin. Sosiaalityössä taas on vahvasti näkyvissä ammatillisen taustan muodostama eetos, johon yhdistyy johtamisen poliittisuus ja lainsäädännöllisyys. Johtajan työnkuva siirtyy kohti byrokratian ja managerialismin yhdistelmää. Perusterveydenhuollolla on edelleen myös vahva kliinisestä työstä erottuva, hallintoon ja poliittiseen päätöksenteon valmisteluun painottuva sekä managerialismin suuntaan kehittyvä tehtävä.

Yhtä sosiaali- ja terveysjohtamisen tapaa ei näin ole, vaan kontingenssiteoreettinen lähestymistapa sopii erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiomuodot (esim. hybridimallit) monipuolistuvat jatkuvasti (ks. Rajala ym. 2008).

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tarkastelu on tarpeellista myös alueiden ja virtuaalisuuden asteen näkökulmasta. Esimerkiksi maantieteellinen sijainti, väestöpohja, alueen varallisuus ja päätöksentekokulttuuri muokkaavat organisaatioiden rakenteita ja tuotettavia palveluja ja vaikuttavat yhteistyökumppaneiden etsintään. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kunta- ja valtakunnan rajat ovat olleet usein ratkaisevia palvelujen tuottamisen ja saatavuuden näkökulmasta. Nämä rajat ovat kuitenkin katoamassa, kun osittain asiakkaan päätöksentekomahdollisuudet lisääntyvät (esim. rajat ylittävä terveydenhuolto, palveluseteliajattelu, pitkäaikaishoidossa olevien mahdollisuudet kotikuntamuutoksiin ja valmisteilla oleva valinnanvapauslainsäädäntö).

Samanaikaisesti virtuaalisuus antaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille mahdollisuuksia luoda aikaan ja paikkaan sitoutumattomia hoito- ja palvelukonsepteja (esim. itsehoidon tukeminen, ajanvarauskäytännöt, sosiaalisen median hyödyntäminen). Samalla organisaation rajojen ja pysyvyyden hämärtyminen mahdollistaa työn muutoksen, esimerkiksi työn siirtymisen asiakkaan luokse.

Myös ihmisten suhtautuminen työhön on muuttumassa. Ilkka Halava ja Mika Pantzar (2010) ovat todenneet, että nykyajan kuluttajakansalaisen odotukset työelämää kohtaan ovat erilaiset. Johtamisessa tärkeää ei enää ole tavoitteiden asettaminen tai mittaaminen vaan sen varmistaminen, että tavoitteet ovat työntekijällekin mielekkäitä ja motivoivia. Perinteinen työn eetos on katoamassa ja itsensä toteuttaminen myös työelämässä on noussut arvoonsa. Uuden sukupolven työntekijät vaativat johtajilta huomiota, palautetta sekä tasa-arvoista kohtelua. He haluavat johtajan olevan läsnä. Työntekijät sitoutuvat työhön eivätkä organisaatioon. (Ahonen ym. 2010, Hietamäki 2013.) Nämä näkemykset on hyvä ottaa huomioon tulevaisuuden sosiaali- ja terveysjohtamista tarkasteltaessa. Esimerkiksi liian normittavat tavoitteiden ja niiden mittaamisen työvälineet voivat huonoimmillaan vähentää työntekijöiden motivaatiota ja heikentää työsuoritusta.

Tulkinnan taso. Sosiaali- ja terveysjohtamisen tulkinnan taso sisältää kysymykset siitä, miten johtaminen, organisaation tavoitteet tai henkilöstöresurssit ymmärretään ja sisäistetään. Tällöin tullaan organisaation ja johtamisen kulttuurisiin kysymyksiin, tulkintoihin ja dialogeihin (ks. luvuista 4, 8, 9 ja 12). Usein nämä teemat vaativat kokemista, läsnäoloa ja osallistumista organisaation toimintaan. Esimerkiksi näkyvän tason teemat voivat olla samanlaisia virallisissa, kirjoitetuissa dokumenteissa eri organisaatioilla, mutta niiden toteutuksessa ja tulkinnassa on suuria eroja jopa organisaatioiden sisällä.

Kun tulkinnan tasoa ei ole otettu huomioon tai ymmärretty muutos- ja strategiaprosesseissa, muutokset ja strategiat eivät ole toteutuneet toivotuilla tavoilla. Muutos- ja strategiaprosesseissa vaikuttavia piileviä mekanismeja ovat esimerkiksi vahva polkuriippuvuus, eri ryhmien intressit sekä totutusta ja turvallisesta luopumisen pelko. Jokaisella johtajalla ja työntekijällä on oma mukavuusalueensa. Muutos- ja strategiaprosessit ovat oppimisprosesseja, joiden avulla on mahdollisuus parantaa palvelun laatua ja kehittää palvelujen rakennetta, mutta samalla ne edellyttävät omien toimintamallien ja -tapojen haastamista. Näistäkin näkökulmista tarkasteltuna johtajan on otettava huomioon yksilöiden moninaisuus ja elämäntilanteet.

Onnistunut johtaminen perustuu tulevaisuudessakin näkyvän tason ja tulkinnan tason lähentymiseen sekä viestinnässä että toiminnassa. Lähentyminen edellyttää johtajalta uskallusta kyseenalaistaa vallitsevia käytäntöjä ja työntekijöiltä halukkuutta osallistua yhteisen ymmärryksen luomiseen. Parhaimmillaan näiden tasojen yhdentyminen häivyttää pois monia organisaation lähijohtamisen ongelmia, kuten strategian toimeenpanon, työnjaon tai osaamisen jakamisen ongelmia.

Toiminnan taso. Eri tasoja integroivalla toiminnan tasolla korostuvat osaamisen ja kehittämisen kysymykset. Sosiaali- ja terveysjohtamisen keskeistä osaamista ovat henkilöstövoimavarojen johtaminen ja siihen liittyvät strateginen johtaminen, muutosjohtaminen ja talousjohtaminen (ks. luvuista 7, 10, 12). Yhä tärkeämpää tulevaisuuden johtamisessa on kokemus- ja tutkimustiedon yhdistäminen sosiaali- ja terveyspoliittisiin tavoitteisiin, joita määritetään esimerkiksi uudistuneessa lainsäädännössä. Yksi toiminta-

malli tiedon jakamiseksi ja hyödyntämiseksi on vertailukehittäminen, jossa verrataan omaa toimintaa toisten toimintaan ja edistetään toimialan parhaimpia käytäntöjä. Kehittäminen on jatkuvaa ja systemaattista oman organisaation tuottavuuden, laadun, prosessien ja työtapojen tehokkuuden seuraamista ja vertaamista hyviä tuloksia aikaansaaviin vastaaviin toimijoihin.

Kehittämisen ylläpitämisessä ja osaamisen tehokkaammassa hyödyntämisessä on vielä paljon käyttämättömiä mahdollisuuksia. Johtamisessa on tärkeää jatkuvasti kyseenalaistaa käytäntöjen toimivuutta suhteessa toiminnan ja yksilöiden tavoitteisiin. Johtamisessa on mahdollista sitoa yhteen erilaista osaamista ja tukea yksilöiden osaamisen siirtymistä organisaatioiden osaamiseksi.

Tavoitteet ja uhkat

Näiden neljän tason kautta voidaan saavuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen eritasoisia tavoitteita. Vaikuttavalla ja tulkinnan tasolla johtamisen tavoitteena on asiakaslähtöinen ja oikeudenmukainen tarpeiden tyydytys. Vaikuttavan ja näkyvän tason olennaisia tavoitteita taas ovat johtamisen taloudellisuus ja vaikuttavuus. Osittain edellä esitettyjä johtamisen tavoitteita on pidetty ristiriitaisina, vaikka useimmiten tarkastelu vain lähtee niissä eri tasoilta. Näkyvällä ja toiminnan tasolla tavoitteeksi voidaan tulkita palveluiden laatu ja niillä saavutettavat terveys ja hyvinvointi. Tulkinnan ja toiminnan tasolla johtamisen tavoitteena ja tuloksena on osaava, sitoutunut ja hyvinvoiva henkilöstö.

Vuoden 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä edellä esitetyt tavoitteet ja samalla saavutetut tulokset on mahdollista saavuttaa hyvällä ja osaavalla johtamisella. Vastakkainen tulevaisuudenkuva voi todentua esimerkiksi taulukkoon 16 koottujen sosiaali- ja terveysjohtamisen uhkaskenaarioiden suuntaisesti. Taulukkoon on koottu johtamisen lähtökohdista, perustasta, kohdentumisesta ja arvostuksesta nousevia tekijöitä, jotka pahimmillaan voivat heikentää sosiaali- ja terveysjohtamisen kehittämistä kokonaisuutena. Sinänsä tässä yhteydessä uhkatekijöinä nähdyt asiat ovat (kulttuurisesti) sisäänrakennettuja sosiaali- ja terveysjohtamiseen. Johtamisen kokonaisuudessa on kysymys näiden elementtien tasapainosta.

Taulukko 16. Sosiaali- ja terveysjohtamisen uhkaskenaarioita.

Johtamisen lähtökohta:		
Asiakaslähtöinen johtamisskenaario, jossa asiakkaan halut ja tarpeet ovat keskeinen johtamisen lähtökohta, olivatpa niiden taloudelliset, terveys- ja hyvinvointivaikutukset millaisia hyvänsä	Juridisoitunut johtamisskenaario, jossa epäselvien toimintatavoitteiden ja päämäärien vuoksi korostuu valvonta ja johtamisen lähtökohtana on oikein tekemisen pakko	Liiketoimintalähtöinen johtamisskenaario, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisella pyritään tuottamaan ainoastaan voittoa, joka mitataan taloudellisilla indikaattoreilla
Johtamisen perusta:		
Ammattikuntaskenaario, joka entisestään vahvistaa ammattikuntakohtaista ajattelua ja johtamista organisaatioissa	Yleisjohtajuuden skenaario, jossa johtaminen ammattimaistuu ja samalla osittain irtaantuu sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllisestä osaamisesta	Pakotettu integroidun johtamisen malli, jossa eri toimintojen integroinnista tulee johtamista ohjaava periaate ilman integroinnin hyötyjen ja haittojen pohdintaa
Johtamisen kohdentuminen:		
Sisäänpäin kääntyneen johtamisen skenaario, jossa johtaminen koteloituu organisaation sisäisten prosessien johtamiseksi	Johtajuuden irtaantumisen skenaario, jossa johtamisen keskeiseksi osa-alueeksi tulee jatkuva verkostoitumisen vaade, mikä samalla irrottaa johtajuuden johdettavan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation ulkopuolelle	Virtuaalijohtamisen skenaario, jossa johtaminen siirtyy tietojärjestelmiin, verkkoihin ja etäjohtamiseen ja unohtaa henkilökohtaisen vuorovaikutuksen merkityksen
Johtamisen arvostus:		
Johtamisen katoamisen ja kurjistumisen skenaariot, joissa johtajuus katoaa organisaatioista: johtamiselle ei anneta tilaa ja välineitä, johtamisen arvostus katoaa ja johtajien rekrytointi vaikeutuu suuresti	Johtamisen sekoittumisen skenaario, jossa johtamis- ja muun työn sisällöt sekoittuvat epäselväksi kokonaisuudeksi	Johtamisen heroistinen skenaario, jossa johtaminen on kaiken keskiössä: organisaatioiden menestys tulkitaan johtamisen pohjalta, yksilönpalvonta korostuu ja ainoastaan johtamistehtävät ovat organisaatiossa haluttuja ja arvostettuja

Johtajan osaaminen 2020

Usein johtamista ja siihen liittyvää osaamista kohtaan asetetaan suuria toiveita ja vaatimuksia. Lähtökohtamme tämän kirjan kirjoittajina on se, että johtaminen on opittavissa oleva asia, jossa voi kehittyä. Kuten Riitta Viitala (2006) on todennut, hyväksi johtajaksi tuleminen vaatii henkilökohtaisten kykyjen ja ominaisuuksien lisäksi myös muita elementtejä. Johtajana toimimiseen vaikuttavat esimerkiksi työkokemus ja elämänkokemus, halu toimia johtajana, itsetuntemus, jatkuva itsensä kehittäminen sekä johtamiskoulutus. Henry Mintzberg (2004) on todennut toistuvasti, ettei johtajaksi kasvaminen tapahdu johtamistyön ulkopuolella. Hänen mukaansa johtamisoppiminen parhaimmillaan hyödyntää johtajien omia kokemuksia ”Learning on Job”-periaatteella. Lisäksi työssä oppimisen mahdollisuutena on myös johtamisen hiljaisen tiedon siirtäminen uusille johtajille, jonka tarve lisääntyy lähi- ja keskijohdon sukupolven vaihdoksen myötä (Viitanen ym. 2007).

Johtamisosaamista voidaan tarkastella eri näkökulmista. Johtamiseen ja johtamistaitoon liittyvissä teorioissa ja malleissa on tarkasteltu hyvää johtajuutta ja taitoja piirreteorioiden, käyttäytymiseen liittyvien tapojen, tilannepainotteisten, yhdentävien ja tulkinnallisten mallien mukaisesti (Heikka 2008). Esimerkiksi piirreteoreettinen lähestymistapa pyrkii kuvailemaan hyvää johtajaa ja hänen ominaisuuksiaan. Sirkka Sinkkonen ja Helena Taskinen (2005, 78) määrittelevät terveydenhuollon johtamisosaamisen johtamisessa tarvittaviksi tiedoiksi, taidoiksi, arvoiksi, motiiveiksi, asenteiksi ja kyvyiksi. (Ks. myös Vuorinen 2008.) Johtamisosaamista voidaan myös lähestyä johtamisen eri alueiden näkökulmasta. Esimerkiksi Merja Sinkkonen-Tolpin ja Elina Viitasen (2005) mukaan sosiaali- ja terveysorganisaatioissa tarvittava, koulutuksella vahvistettava johtamisosaaminen painottui strategiseen johtamiseen, muutosjohtamiseen, kokonaisuuksien hallintaan ja moniammatillisen osaamisen johtamiseen. Johtajan tärkeäksi osaamiseksi nähtiin myös vuorovaikutustaidot (myös Pihlainen ym. 2016). Myös Mark Preston (2004) on lastensuojelun johtamisohjelmia tarkasteltuaan todennut, että strategista johtamista tulisi vahvistaa, sillä se puuttuu alan johtamiskoulutuksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisosaamisesta ei ole säädetty kovin selkeästi, vaikka ammattihenkilöiden kelpoisuudesta säädetään lailla ja asetuksella. Johtamisen näkökulmasta esimerkiksi sosiaalihuollon johtotehtävistä on todettu, että niihin edellytetään muodollisen tutkinnon (käytännössä ammatillinen tutkinto tai soveltuva ylempi korkeakoulututkinto) lisäksi alan tuntemusta ja riittävää johtamistaitoa. Terveydenhuollossa taas vastaavia määrittelyjä ei ole (Narikka 2008), joten sekä riittävän johtamisosaamisen määrittely että johtajien kelpoisuusvaatimusten pohtiminen jäävät pääsääntöisesti organisaatioiden ja professioiden tehtäviksi (myös Lammintakanen ym. 2016).

Johtamisosaamisessa on kyse elinikäisestä johtamisosaamisen vahvistumisesta, jossa eri teemat painottuvat ajallisesti organisaatioympäristön mukaan. Toimintaympäristön muutokset vaikuttavat johtajan työn sisältöön ja osaamisvaatimuksiin, sillä johtamisosaamis- ja pätevyysvaatimukset ovat yhteydessä työn määrittelyyn (Heikka 2008). Esimerkiksi palvelurakennemuutokset monimuotoistavat 2010-luvulla vahvasti johtamisosaamista. Vanha professiosidonnainen osaaminen ei enää riitä, kun johdetaan useamman sektorin työntekijöitä. Johtamistyössä painottuvat yleiset tai pysyvät kvalifikaatiot, jotka eivät perustu suoraan ammatillisiin muutoksiin. Vastaavaa keskustelua on käyty jo sosiaali- ja terveydenhuollon osaamistarpeista (ks. esim. Metsämuuronen 1999).

Yhtenä sosiaali- ja terveysjohtamisen haasteena tulevaisuudessa on uusien johtajien rekrytointi. Mistä löydetään uudet, potentiaaliset johtajat? Entä kuinka monipuolista rekrytointi on ja millä kriteereillä se toteutetaan (Halava & Pantzar 2010)? Erityisesti sosiaalityöntekijöiden näkymättömyys johtamisasemissa on välillä korostunut sekä Suomessa että muualla (myös Rissanen 2016). Esimerkiksi Peter Wuenschel (2006) on painottanut, että, sosiaalityön koulutuksen pitäisi antaa valmiuksia myös johtamistehtäviin, jottei sosiaalialan johtaminen siirtyisi muille ammattikunnille. Sama huoli on ilmennyt myös sosiaalialan yrittäjyyden osalta (Rissanen ym. 2010). Myös terveydenhuollossa keskustelu on koskenut erityisesti hoitotyön johtamisen tulevaisuutta. Kansainvälisesti on kannettu huolta siitä, että monia johtotehtäviä on lakkautettu tai täytetty muilla kuin hoitotyön edustajilla (esim. Mahoney 2001). Huolta on aiheuttanut

myös se, etteivät johtamisopinnot enää kiinnosta nuoria tulokkaita. Lisäksi johtamisuralle hakeutuminen ei aina ole tietoinen valinta. Kuten Irma Suonoja (2006) kuvaavasti toteaa hoitotyön johtajien uravalintaa tarkastelevan pro gradussaan, kyseessä voi olla sattumien summa, sarja harkittuja tekoja tai palkinto pitkästä palvelusta.

Keskeistä:

- Sosiaali- ja terveysjohtamisen malli tarjoaa yhden mahdollisuuden jäsentää ja tarkastella sosiaali- ja terveysjohtamisen kokonaisuutta.
- Uusia sosiaali- ja terveysjohtajia tarvitaan monipuolisiin tehtäviin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Siten johtamistyö tarjoaa erilaisia uramahdollisuuksia.
- Sosiaali- ja terveysjohtajan tärkein osaamisalue nyt ja tulevaisuudessa on oman johtamistyönsä ja johtamisosaamisensa kehittäminen.

Liite 1. Kysymyksiä ja tehtäviä

▶ 1 Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä

1. Tutustu sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen liittyvään lainsäädäntöön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön että työlainsäädännön osalta. Arvioi, mitkä niistä ovat keskeisimpiä johtamistyössä.
2. Millaisia sosiaalisia ja teknisiä innovaatioita suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä? Valitse niistä kolme, kuvaa innovaatiot ja perustele valintasi.

▶ 2 Politiikka ja strategia sosiaali- ja terveysjohtamisessa

3. Tutustu oman alueesi sosiaali- ja terveydenhuollon strategiaan. Vertaa strategiaa a) johonkin toisen vastaavan kokoisen kunnan strategiaan ja b) valtakunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon strategioihin. Mitä yhtäläisyyksiä ja eroja niissä on? Arvioi myös strategioiden toimeenpanon näkymistä strategiadokumenteissa.
4. Millä tavoin voit sosiaali- ja terveysjohtajana vaikuttaa poliittiseen päätöksentekoon?

▶ 3 Sosiaali- ja terveydenhuollon talous

5. Tehokkuutta, tuottavuutta ja vaikuttavuutta on aikaisemmassa kirjallisuudessa määritelty eri tavoin. Valitse yksi käsite ja vertaile sen määrittelyjä. Mikä sinusta olisi käsitteen soveltuvin määritelmä sosiaali- ja terveysjohtamisen näkökulmasta?
6. Tutustu eri maiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiin. Vertaile ja arvioi veroperusteisen ja vakuutusperusteisen järjestelmän etuja ja haittoja. Aineistoa on esimerkiksi OECD:n, WHO:n ja EU:n sivustoilla.

▶ 4 Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat

7. Tutustu johtamisen erilaisiin johtamisnäkökulmiin ja teorioihin lisämateriaalia hyödyntämällä. Valitse kaksi johtamisnäkökulmaa. Vertaile niitä ja niiden taustalla olevia teorioita ja perusolettamuksia.
8. Tutustu erilaisiin johtamisvälineisiin. Arvioi niiden käyttökelpoisuutta erilaisissa organisaatioissa ja johtamistilanteissa. Miten sinä käyttäisit johtamisvälineitä omassa johtamistyössäsi?

▶ 5 Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen

9. Mitkä sinun mielestäsi ovat keskeisiä yhteistyön esteitä sosiaali- ja terveydenhuollossa?
10. Alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteet ovat murroksessa. Valitse kaksi esimerkkialuetta ja arvioi niiden palvelurakennetta sosiaali- ja terveydenhuollon eheyden näkökulmasta.

▶ 6 Moniammatillisten verkostojen johtaminen

11. Tarkastele jonkin kansalais- tai asiakasjärjestön kansallista, alueellista ja paikallista verkostoa. Millainen se on, ja millaista osaamista sen johtaminen edellyttää?
12. Tarkastele jonkin valitsemasi alueen internetsivuilta vanhuspalvelujen tai vaihtoehtoisesti lapsiperheille tarkoitettuja palveluja. Millaisia toimintaverkostoja löydät, ja millaisia tehtäviä verkoston eri osille tai jäsenille on kuvattu?

▶ 7 Organisaatiomuutosten johtaminen

13. Luo kuvitteellinen tai omaan kokemukseesi pohjautuva muutostilanne ja analysoi johtamista kyseisessä muutostilanteessa.
14. Kuvaa muutostilannetta lyhyesti ja hyödynnä kuvauksessa oppikirjassa esitettyä luokittelua muutoksen luonteen ulottuvuuksista. Miten toimisit johtajana muutostilanteessa? Esitä näkemyksesi
a. esiintyvästä muutosvastarinnasta
b. johtamisestasi.

▶ 8 Organisaatiokulttuuri ja johtaminen

15. Millaisia käytännöllisiä esimerkkejä löydät sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita organisaatiokulttuurin tasoista?
16. Arvio, miksi tietoinen kulttuurin muutos on vaikeampaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa kuin teollisuuden tuotanto-organisaatioissa.

▶ 9 Dialoginen viestintä johtamisessa

17. Millaista on hyvä tai huono työntekijöiden ja johtajien välinen viestintä? Kuvaile asiaa esimerkein.
18. Pohdi, miten voit kehittää dialogisuutta työyhteisön kokouskäytännöissä.

▶ 10 Talouden johtaminen

19. Tutustu internetissä johonkin sosiaali- tai terveyspalvelun tarjouspyyntöön (http://www.hankintailmoitukset.fi/fi/). Onko kilpailutettavan palvelun sisältö kuvattu niin, että palvelun tuottajat pystyvät vastaamaan siihen ja pystyykö kilpailuttaja vertaamaan kuvauksen pohjalta eri tuottajia?
20. Tutustu oman alueesi viime vuosien tilintarkastuskertomuksiin. Miten sosiaali- ja terveysmenot ovat kehittyneet alueellasi?

▶ 11 Tiedon hallinta johtamisessa

21. Pohdi, minkälaisia johtamisen tietojärjestelmiä voidaan rakentaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tueksi?
22. Kuvaa ja pohdi näyttöön perustuvan toiminnan erilaisia ilmenemismuotoja ja mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa ja niiden yhteyksiä tietojärjestelmiin.

▶ 12 Henkilöstö voimavarana – osaaminen johtamisen haasteena

23. Miten mahdollistat johtajana osaamisen kehittämisen ja jakamisen työyhteisössäsi?
24. Etsi tutkimustietoa erilaisista rekrytoinnin ja palkitsemisen keinoista, ja arvioi, kuinka hyvin ne sopivat a) sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja b) erilaisille yksilöille.

▶ Sosiaali- ja terveysjohtaminen 2020-luvulla

25. Tutustu johtamisen erilaisiin määritelmiin. Miten sinä määrittelisit sosiaali- ja terveysjohtamisen oman kokemuksesi ja lukemasi kirjallisuuden perusteella. Eroaako sosiaalijohtaminen mielestäsi terveydenhuollon johtamisesta? Entä onko johtaminen yksityisellä sektorilla erilaista kuin johtaminen julkisissa organisaatioissa? Perustele näkemyksesi.
26. Pohdi, missä tehtävissä ja rooleissa tai millaisena johtajana voisit itse toimia tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveysjohtamisen keskeisiä käsitteitä

– ammattiryhmien välinen (interprofessional)
– arviointi (evaluation)
– asiantuntijuus (expertise)
– budjetointi (budgeting)
– byrokratia (bureaucracy)
– dialogi (dialogy)
– erikoissairaanhoito (special health care, secondary health care)
– erikoistuminen (specialization)
– eriytyminen (differentiation)
– hallinto (administration)
– henkilöstöhallinto (personal administration)
– hierarkia (hierarchy)
– hoitoketju (care chain)
– informaatio-ohjaus (information steering)
– integrointi (integration)
– johdon tietojärjestelmät (management information systems,MIS)
– johtaminen (leadership, management)
– julkinen (public, non for profit)
– järjestäminen (arrangement)
– kannusteet (incentives)
– keskijohto (middle management)
– kilpailuttaminen (bidding, tendering)
– koordinointi (co-ordinating)
– kunta (municipality)
– kustannuslaskenta (cost accounting)
– kysyntä (demand)
– laatu (quality)
– lähijohto (first line management, front line management, operative management)
– malli (model)
– menot (costs, expenditure)
– moniammatillinen (multiprofessional)
– monitieteinen (multidisciplinary)
– muutos (change)
– muutosvastarinta (resistance of change)
– normiohjaus (legal steering)
– näyttöön perustuva toiminta (evidence based practice)
– ohjaus (steering)
– oikeudenmukaisuus (justice, fairness,)
– oppiva organisaatio (learning organization)
– organisaatio (organization)
– organisaatiokulttuuri (organizational culture)
– organisaatiomuutos (organizational change)
– organisaation kehittäminen (organizational development, OD)
– organisaation muunnos (organizational transformation, OT)
– organisointi (organizing)
– osaamisen kehittäminen (human resource development)
– palkitseminen (rewarding)

– palveluketju (service chain)
– palveluohjaus (care/case management)
– perusterveydenhuolto (primary health care)
– politiikka (politics, policy)
– päätöksen tuki järjestelmä (decision support systems, DDS)
– päätöksenteko (decision making)
– rahoitus (financing)
– rekrytointi (recruitment)
– resurssiohjaus (financial steering)
– sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä (health and social service system)
– sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto (health and human informatics)
– sosiaalihallintotiede (social management sciences)
– sosiaalihuolto (social care, social welfare)
– sosiaalistuminen (socialization)
– sosiaaliturva (social security)
– talous (economy)
– tarjonta (supply)
– tehokkuus (efficiency)
– terveyshallintotiede (health management sciences)
– terveystaloustiede (health economics)
– tiedon hallinta (informatics)
– tieteiden välinen (interdisciplinary)
– tieto (data, information, knowledge)
– tietohallinto (infomation management)
– tietojärjestelmät (electronic information systems, IS)
– tietotekniikka (information technology)
– tietoturva (data proctection)
– tilaaja (purchaser)
– tilaaja-tuottajamalli (purchaser-provider model)
– toimeenpano (implementation)
– tulonsiirto (income transfer, transfer payment)
– tuottaja (provider, producer)
– tuottavuus (productivity)
– tuotteistaminen (product descpription)
– tutkimus ja kehittäminen (research and development, R & D)
– työnjako (division of labour)
– työyhteisö (work community)
– ulkoistaminen (outsourcing)
– urakehitys (career development)
– uudistus (reform)
– vaikuttavuus (effectiveness)
– valinnanvapaus (choice)
– valta (power)
– valtionosuus (state subsidy)
– verkosto (network)
– vertaiskehittäminen (benchmarking)
– viestintä, tiedotus (communication)
– yhteistoiminta (collaboration)
– yhteistyö (cooperation)
– yksityinen (private, for profit)
– ylin johto (strategic management, top management)

Kirjallisuus

Aaltio Iiris 2008. Johtajuus lisäarvona. WSOYpro, Helsinki.

Aaltio-Marjosola Iiris 2001. Naiset, miehet ja johtajuus. WSOY, Helsinki.

Aaltola Elisa 2010. Ihmisoikeudet. Teoksessa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro, Helsinki, 38–66.

Aarnio Helena 1999. Dialogia etsimässä: opettajaopiskelijoiden dialogin kehittyminen tieto- ja viestintäteknistä ympäristöä varten. Acta Universitatis Tamperensis 679. Tampereen yliopisto, Tampere.

Aarnio Helena & Engvist Jouni 2001. Dialoginen oppiminen verkossa. DIANA-malli ammatillisen osaamisen rakentamiseen. Kehittyvä koulutus 2. Opetushallitus, Helsinki.

Aarva Kim 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Acta Universitatis Tamperensis 1421. Tampereen yliopisto, Tampere.

Abma Tineke A. 2001. Opening thoughts. Evaluation 7(2), 155–163.

Ahola Pasi, Arajärvi Pentti & Kananoja Aulikki (toim.) 2010. Yhteiset vai ostetut? Sosiaalipalvelut hyvinvoinnin ja osallisuuden tuottajina. Kalevi Sorsa -säätiön julkaisuja 5. WS Bookwell, Porvoo.

Ahonen Guy, Hussi Tomi & Pirinen Helka 2010. Y-sukupolvi haastaa johtamisen Suomen työelämässä – syrjäytymisen kustannukset ja tulevaisuuden työelämään liittyvät mahdollisuudet. Työpoliittinen aikakauskirja 4, 23–32.

Ahonen Guy, Husman Päivi, Ikonen Raimo, Juuti Pauli, Koho Arto, Käpykangas Sari, Laine Marjukka, Larjomaa Eeva, Saarelma-Thiel Tiina, Saari Eveliina & Wallin Marjo 2015. Julkista johtamista jalostamassa. Työterveyslaitos, Helsinki.

Airaksinen Jenni, Haveri Arto, Pyykkönen Heidi & Väisänen Piia 2008. Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin – Kainuun hallintokokeilun arviointi. Toinen väliraportti. Edita, Helsinki.

Ala-Kauhaluoma Mika 2007. Toimeenpanon ratkaisuja ja arvioinnin haasteita. Tutkimus uusista työllistymisen tukemisen tavoista. Tutkimuksia 76. Kuntoutussäätiö, Helsinki.

Ala-Nikkola Merja & Valokivi Heli 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä: loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Raportteja 215. Stakes, Helsinki.

Alavi Maryam & Leidner Dorothy E. 1999. Knowledge management systems: Issues, challenges, and benefits. Communications of the Association for Information Systems 1(2), 2–37.

Allardt Erik 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Helsinki.

Allardt Erik 1998. Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. Teoksessa Roos J.P. & Hoikkala Tommi (toim.) Elämänpolitiikka. Gaudeamus, Tampere, 34–53.

Alvesson Mats 1989. The culture perspective on organizations. Instrumental values and basic features of culture. Scandinavian Journal of Management 5(2), 123–136.

Alvesson Mats 2004. Organizational culture and discourse. Teoksessa Grant David, Hardy Cynthia, Oswick Cliff & Putnam Linda L. (toim.) The Sage handbook of organizational discourse. Sage Publications, Lontoo, 317–335.

Alvesson Mats, Bridgman Todd & Willmott Hugh (toim.) 2009. The Oxford handbook of critical management studies. Oxford University Press, Oxford.

Alvesson Mats & Sveningsson Stefan 2007. Organisationsteori: en översikt. Teoksessa Alvesson Mats & Sveningsson Stefan (toim.) Organisationer, ledning och processer. Studentlitteratur, Lund, 11–44.

Andreasson Ari & Koivisto Juha 2013. Tietoturvaa toteuttamassa. Tietosanoma Oy, Helsinki.
Ansell Chris & Gash Alison 2007. Collaborative governance in theory and practice. Journal of Public Administration Research and Theory 18(4), 534–571.
Antila, Mirja 2012. Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadunkehittämistyössä. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1182. Vammalan kirjapaino, Vammala.
Anttiroiko Ari-Veikko & Kallio Olavi 1999. Johdon tietojärjestelmät kunnallishallinnossa. TAJU, Tampere.
Anttonen Anneli 1997. Feminismi ja sosiaalipolitiikka. Miten sukupuolesta tehtiin yhteiskuntateoreettinen ja sosiaalipoliittinen avainkäsite. Tampere University Press, Tampere.
Anttonen Anneli & Sipilä Jorma 1996. European social care services: Is it possible to identify models? Journal of European Social Policy 6(2), 87–100.
Anttonen Anneli & Sointu Liina 2006. Hoivapolitiikka muutoksessa: julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Stakes, Helsinki.
April Kurt A. 1999. Leading through communication, conversation and dialogue. Leadership & Organization Development Journal 20(5), 231–241.
Argyris Chris 1991. Teaching smart people how to learn. Harvard Business Review 69(3), 99–109.
Argyris Chris 1993. On organizational learning. Blackwell Publishers, Cambridge, Massachusetts.
Argyris Chris & Schon Donald A. 1978. Organisational learning: A theory of action perspective. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.
Armstrong Michael & Brown Duncan 2006. Strategic reward: how organizations add value through reward. Kogan Page, Lontoo.
Arnkil Robert, Spangar Timo & Jokinen Esa 2007. Hyvä vertaisoppiminen kuntatyön arjessa. Acta 196. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Arnkil Tom, Eriksson Esa & Arnkil Robert 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa – sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Raportteja 253. Stakes, Helsinki.
Aronkytö Timo 2010. Terveydenhuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa: Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia. Selvityksiä 16. Sitra, Helsinki.
Axelsson Runo & Axelsson Susanna Bihari 2006. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. International Journal of Health Planning and Management 21(1), 75–88.
Bahtin Mihail 1991. Dostojevskin poetiikan ongelmia. Orient Express, Helsinki.
Barber Alison E. 1998. Recruiting employees. Individual and organisational perspectives. Sage Publications, Kalifornia.
Barker Richard A. 1997. How can we train leaders if we do not know what leadership is? Human Relations 50(4), 343–362.
Beckhard Richard 1969. Organization development: strategies and models. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.
Berg Marc & van der Grinten Tom 2003. The Netherlands. Teoksessa Ham Chris & Robert Glenn (toim.) Reasonable rationing. International experience of priority setting in health care. State of Health. Open University Press, Berkshire, 115–140.
Berger Peter L. & Luckmann Thomas 1994. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedonsosiologinen tutkielma. Gaudeamus, Helsinki.

Blackler Frank 1995. Knowledge, knowledge work and organizations: An overview and interpretation. Organization Studies 16(6), 1021–1046.
Blake Robert R. & Mouton Jane S. 1977. Johtamisen psykologiaa. Ekonomia 15. Weilin + Göös, Helsinki.
Bogason, Peter & Zølner, Mette 2007. Methods for Network Governance Research: an Introduction. Teoksessa Bogason Peter & Zølner Mette (toim.) Methods in Demokratic Network Governance. Palgrave Macmillan, Eastbourne, 1-20.
Bohm David 1996. On dialogue. Lee Nichol (toim.) Routledge, Lontoo.
Bolland John M. & Wilson Jan V. 1994. Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services. Health Services Research 29(3), 341–357.
Boselie Paul 2010. High performance work practices in the health care sector: a Dutch case study. International Journal of Manpower 31(1), 42–58.
Boselie Paul, Dietz Graham & Boon Corinne 2005. Commonalities and contradictions in HRM and performance research. Human Resource Management Journal 15(3), 67–94.
Breaugh James A. & Starke Mary 2000. Research on employee recruitment: So many studies, so many remaining questions. Journal of Management 26(3), 405–434.
Brown Michael E., Treviño Linda K. & Harrison David 2005. Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. Organizational Behavior and Human Decision Processes 97(2), 117–134.
Bryson John M. 1995. Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
Buber Martin 1923/1999. Minä ja sinä. WSOY, Helsinki.
Burnes Bernard 2004. Kurt Lewin and the planned approach to change: A re-appraisal. Journal of Management Studies 41(6), 977–1002.
Burns James M. 1978. Leadership. Harper & Row, New York.
Burns Tom & Stalker George M. 1961. The management of innovation. Tavistock publications, Lontoo.
Busse Reinhard & Riesberg Annette 2004. Health care systems in transition: Germany. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, Kööpenhamina.
Cereste Marco, Doherty Neil F. & Travers Cheryl J. 2003. An investigation into the level and impact of merger activity amongst hospitals in the UK´s National Health Service. Journal of Health Organization and Management 17(1), 6–24.
Choo Chun Wei 2002. Information management for the intelligent organization: The art of scanning the environment. Information today, Inc. Medford, New Jersey.
Coleman James S.1988. Social capital in creation of human capital. American Journal of Sociology 94 supplement, 95–120.
Crossan Mary M., Lane Henry W., White Roderick E. & Djurfeldt Lisa 1995. Organizational learning: dimensions for a theory. The International Journal of Organizational Analysis 3(4), 337–360.
Cummings Thomas G. & Worley Christopher G. 1993. Organization development and change. West Publishing Company, St Paul.
Currie Graeme & Lockett Andy 2011. Distributing leadership in health and social care – Concertive, conjoint or collective. International Journal of Management Reviews 13(3), 286–300.

Daly Joseph P. & Geyer Paul D. 1994. The role of fairness in implementing large-scale change: employee evaluations of process and outcome in seven facility relocations. Journal of Organizational Behaviour 15(7), 623–638.
Davidson Stephen M. 1976. Planning and coordination of social services in multiorganizational contexts. Social Service Review 50(1), 117–137.
Dawson Patrick 2003. Understanding organizational change: The contemporary experience of people at work. Sage Publications, Lontoo.
de Mare Patrick 1991. Koinonia: From hate through dialogue to culture in the larger group. Karnac Books, Lontoo.
Dessler Gary 2003. Human resource management. 9. painos. Pearson Prentice Hall, New Jersey.
Dubois Carl-Ardy, McKee Martin & Rechel Bernd 2006. Introduction: Critical challenges facing the health care workforce in Europe. Teoksessa Rechel Bernd, Dubois Carl-Ardy & McKee Martin (toim.) The health care workforce in Europe. Learning from experience. The Cromwell Press, Trowbridge, 1–18.
Easterby-Smith Mark & Lyles Marjorie 2003. Introduction: Watersheds of organizational learning and knowledge management. Teoksessa Easterby-Smith Mark & Lyles Marjorie (toim.) Handbook of organizational learning and knowledge management. Blackwell Publishing, Malden, 1–15.
Edenius Mats & Hasselbladh Hans 2002. The balanced scorecard as an intellectual technology. Organization 9(2), 249–273.
Eisenberg Eric M. & Goodall Harold L. 1993. Organizational communication. Balancing creativity and constraint. St.Martin's press, New York.
Elg Ulf 2007. Externa relationer – kostnader, beroenden och fördelar. Teoksessa Alvesson Mats & Sveningsson Stefan (toim.) Organisationer, ledning och processer. Studentlitteratur, Lund, 119–144.
Eloranta Kari T. 1977. Johdatus organisaatiosuunnitteluun. Gaudeamus, Helsinki.
Elovainio Marko 1994. Ryhmät ja tiimit työssä. Teoksessa Lindström Kari (toim.). Terve työyhteisö – kehittämisen malleja ja menetelmiä. Työterveyslaitos, Helsinki, 117–137.
Enckell Magnus 1998. Organizational cultures of Finnish hospitals in change. Swedish School of Economics and Business Administration 71, Helsinki.
Englebardt Sheila P. & Nelson Ramona 2002. Health care informatics. An interdisciplinary approach. Mosby, St. Louis.
Erkkilä Paula 2012. Hetki lyö. Dialogi ja sen syntyminen johtoryhmien kokoustyöskentelyssä. Väitöskirjatutkimus. Vaasan yliopisto, Vaasa. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-423-0.pdf. (Luettu 16.12.2015).
Eräsaari Risto 2002. Avoimen asiantuntijuuden analytiikka. Teoksessa Pirttilä Ilkka & Erikson Susan (toim.) Asiantuntijoiden areenat. SoPhi. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 21–38.
Etzioni Amitai 1975. A comparative analysis of complex organizations: on power, involvement, and their correlates. Free Press, Lontoo.
Fayol Henry 1916. Industrial and general administration. Pitman, Lontoo.
Fayol Henry 1918/1990. Johtamisen perusteet. Rastor, Helsinki.
Fetterman David M. 2001. Foundations of empowerment evaluation. Sage Publications, Thousand Oaks, Kalifornia.
Field Janet & Peck Edward 2003. Mergers and acquisitions in the private sector: What are the lessons for health and social services? Social Policy & Administration 37(7), 724–755.

Folger Robert & Cropanzano Russell 1998. Organizational justice and human resource management. Sage Publications, Thousands Oaks, Kalifornia.
Ford Jeffrey D. 1999. Organizational change as shifting conversations. Journal of Organizational Change Management 12(6), 480–500.
Galbraith Jay 1977. Organization design. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.
George Jennifer M. 2000. Emotions and leadership: The role of emotional intelligence. Human Relations 53(8), 1027–1055.
Graham Pauline (toim.) 1995. Mary Parker Follett – Prophet of management: a celebration of writings from the 1920s. Harvard Business School Press, Boston.
Grant David, Hardy Cynthia, Oswick Cliff & Putnam Linda L. (toim.) 2004. The Sage handbook of organizational discourse. Sage Publications, Lontoo.
Grieves Jim 2000. Introduction: the origins on organizational development. Journal of Management Development 19(5), 345–447.
Grönroos Eija & Perälä Marja-Leena 2004. Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. Aiheita 22. Stakes, Helsinki.
Gulick Luther 1937. Notes on the theory of organizations. Teoksessa Gulick Luther & Urwick Lyndall F. (toim.) Papers on the scientific administration. Columbia University Press, New York, 1–49.
Gulick Luther & Urwick Lyndall F. (toim.) 1937. Papers on the scientific administration. Columbia University Press, New York.
Gunnarsdottir Sigrun & Rafferty Anne Marie 2006. Enhancing working conditions. Teoksessa Dubois Carl-Ardy, McKee Martin & Nolte Ellen (toim.) Human resources for health in Europe. Open University Press, Berkshire, 155–172.
Haatanen Pekka & Suonoja Kyösti 1992. Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. VAPK-kustannus, Helsinki.
Habermas Jurgen 1994. Järki ja kommunikaatio. Gaudeamus, Helsinki.
Hakonen Anu & Nylander Minna (toim.) 2015. Palkitseminen ihmisten johtamisessa. PS-kustannus, Jyväskylä.
Hakonen Niilo 2009. Suorituksen johtaminen – palkitseminen. Teoksessa Helsilä Martti & Salojärvi Sari (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Talentum, Helsinki, 211–232.
Halava Ilkka & Pantzar Mika 2010. Kuluttajakansalaiset tulevat! Miksi työn johtaminen muuttuu? EVA, Helsinki.
Halttunen Leena 2009. Päivähoitotyö ja johtajuus hajautetussa organisaatiossa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 375. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
Hammar Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tutkimuksia 178. Stakes, Helsinki.
Harisalo Risto 2008. Organisaatioteoriat. Tampere University Press, Tampere.
Harisalo Risto, Aarrevaara Timo, Stenvall Jari & Virtanen Petri 2007. Julkinen toiminta -julkinen politiikka. Tampere University Press, Tampere.
Harris Claire, Cortvriend Penny & Hyde Paula 2007. Human resource management and performance in health care organizations. Journal of Health Organization and Management 21(4/5), 448–459.
Hastings Center Report 1996. The goals of medicine. Setting new priorities. Special Supplement, November – December.

Hatch Mary Jo 1997. Technology. Teoksessa Hatch Mary Jo (toim.) Organization theory. Modern, symbolic and postmodern perspectives. University Press, Oxford, 127–160.
Haveri Arto & Pehk Teele 2008. Verkostokunta johtamisen ja demokratian haasteena. Tampere University Press, Tampere.
Haverinen Riitta 1999. Palvelusitoumukset ja hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän käänne. Tutkimuksia 106. Stakes, Helsinki.
Heikka Helena 2008. Sosiaali- ja terveysjohtajan työn sisältö ja kompetenssit. Acta Universitatis Ouluensis. Series D Medica 968. Oulun yliopisto, Oulu.
Heikkilä Jorma & Heikkilä Kristiina 2001. Dialogi – avain innovatiivisuuteen. WSOY, Helsinki.
Heikkilä Matti 2004. Ohjauksen tarve ja tulevaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Heikkilä Matti & Roos Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes, Helsinki, 206–212.
Heino Tarja 2004. VEPpi on tehnyt tehtävänsä VEPpi saa mennä. Verkostoituvat erityispalvelut (VEP)-hankkeen loppuraportti. Julkaisuja 15. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Heinämäki Liisa 2010. Katsaus yhteistoiminta-alueiden palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden palvelurakenteet -tutkimus. Väliraportti. Avauksia 28. THL, Helsinki.
HENRY ry 2007. Henkilöstöjohdon ryhmä HENRY ry, Strategisen palkitsemisen jaos 22.3.2007. Kohti strategista palkitsemista.
Hersey Paul & Blanchard Kenneth 1975. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Weilin & Göös, Espoo.
Hietamäki Marja 2013. Elämänvaihelähtöinen henkilöstövoimavarojen johtaminen. Tutkimus lääkäreiden ja sairaanhoitajien työ- ja organisaatiositoutumisesta. Itä-Suomen yliopiston julkaisuja. Yhteiskunta-ja kauppatieteet 63. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Hietikko Harri 2008. Valta, johtajuus, tuho ja toivo J. R. R. Tolkienin teoksessa Taru Sormusten Herrasta eli ”Management by Sauron”. Acta Universitatis Tamperensis 1355. Tampereen yliopisto, Tampere.
Hirvilammi Tuuli & Laatu Markku (toim.) 2008. Toinen vääryyskirja. Lähikuvia sosiaalisista epäkohdista. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
Hofstede Geert 1984. Culture´s consequences. International differences in work-related values. Sage Publications, Newbury Park, Kalifornia.
Holma Tupu & Lahtinen Yrjö 1995. Tuotteistuksen perusteet. Teoksessa Lahtinen Yrjö (toim.) Tuotteistus ja kustannuslaskenta. Perusterveydenhuollon Tuote-projektin raportti 1. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Holopainen Arja, Junttila Kristiina, Jylhä Virpi, Korhonen Anne & Seppänen Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca oy. Bookwell oy, Porvoo.
Horsma Teija & Jauhiainen Elina (toim.) 2004. Sosiaalihuollon tehtävä- ja ammattirakenteen kehittämisprojektin loppuraportti. Selvityksiä 10. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Hoskins Bryony & Mascherini Massimiliano 2009. Measuring active citizenship through the development of a composite indicator. Social Indicators Research 90(3), 459–488.
Hovi Ari 2009. Tietoarkkitehtuuri. Systeemityö 2, 12–14.
Hujala Anneli 2008. Johtamisen moniäänisyys: johtaminen vuorovaikutuksena ja puhuntana hoivayrityksissä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 149. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Hujala Anneli & Rissanen Sari 2010. Vanhuspalvelut tarvitsevat tilajohtamista. Premissi 6, 20–23.

Hujala Anneli, Laulainen Sanna & Lindberg Kajsa 2014. Critical views on health and social care management. Journal of Health Organization and Management, Special Issue 28(5), 590–601.
Hujanen Timo, Kapiainen Satu, Tuominen Ulla & Pekurinen Markku 2008. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3. Stakes, Helsinki.
Hulkko Kiisa, Sweins Christina & Hakonen Anu 2006. Palkitsemisesta vetoa vanhustyöhön: opas palkitsemiseen. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.
Huoltaja 1939a. Huoltolautakunnan ja terveyssisaren yhteistoiminta. 27(19), 469–473.
Huoltaja 1939b. Terveyssisar ja huoltolautakunta. 27(21), 504–507.
Huotari Päivi 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa – neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Acta Universitatis Tamperensis 1382. Tampereen yliopisto, Tampere.
Hurtig Johanna & Laitinen Merja (toim.) 2006. Pahan kosketus. Ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. 2. täyd. painos. PS-Kustannus, Jyväskylä.
Hyrkäs Elina 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 338. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lappeenranta.
Hyötyläinen Raimo 1998. Implementation of technical change as organizational process. Management and user activities. Publications 337. VTT Technical Research Centre of Finland, Espoo.
Häkkinen Hannele 2000. Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoinnissa. Meta-analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsittelevistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
Häkkinen Unto, Nguyen Lien, Pekurinen Markku & Peltola Mikko 2009. Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Raportti 3. THL, Helsinki.
Hämäläinen Hannu 2005. Innovaatiotoiminnalla ratkaisuja hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuuden haasteisiin. Yhteiskuntapolitiikka 70(2), 197–204.
Hämäläinen Juha & Niemelä Pauli 2006. Jaksamisen edistäminen vaativissa sosiaalialan tehtävissä työyhteisöjä kehittämällä. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 37. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Hämäläinen Päivi & Hyppönen Hannele 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian pitkän aikavälin toimeenpano. Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja 43(2), 111–123.
Hänninen Markku, Kaarakainen Minna & Niiranen Vuokko 2010. Sosiaali- ja perusterveydenhuollon perustason hallinto- ja organisaatiorakennekuvaus. Teoksessa Kaarakainen Minna, Niiranen Vuokko & Kinnunen Juha (toim.) Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-ARTTU -ohjelman tutkimuksia 6. Acta 19. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 48–68.
Ikola-Norrbacka Rinna 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professiossa. Acta Wasaensia 222, Julkisjohtaminen 14. Vaasan yliopisto, Vaasa.
Iles Paul 2001. Employee resourcing. Teoksessa Storey John (toim.) Human resource management. A critical text. Toinen painos. Thomson Learning, Lontoo, 133–164.
Ilmakunnas Seija (toim.) 2008. Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. Julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.

Ingraham Patricia W. & Lynn Laurence E. 2004. The art of governance. Analyzing management and administration. Georgetown University Press, Washington.
Isaacs William 1999. Dialogue and the art of thinking together. Random House, New York.
Jaakkola Jouko, Pulma Panu, Satka Mirja & Urponen Kyösti 1994. Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki.
Jaatinen Miia 1999. Lobbying political issues – A contingency model of effective lobbying strategies. Helsingin yliopisto, Helsinki.
Jakobsson Matti 1999. Julkisen sektorin tietohallintostrategiat. Motiiveja ja tavoitteita. Teoksessa Turunen Pekka & Jakobsson Matti (toim.) Julkisen sektorin tietohallintostrategiat. Julkaisu 3. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta, Helsinki.
Jalonen Harri 2007. Kompleksisuusteoreettinen tulkinta hallinnollisen tehokkuuden ja luovuuden yhteensovittamisesta kunnallisen päätöksenteon valmistelutyössä. Julkaisu 693. Tampereen teknillinen yliopisto, Tampere.
Jalonen Harri 2008. Informaatio-ohjaus tietojohtamisen näkökulmasta. Informaatiotutkimus 27(2), 34–47.
Jalonen Harri 2010. Hyvinvointipalvelujen johtaminen kompleksisuusteoreettisessa viitekehyksessä. Hallinnon Tutkimus 29(2), 111–133.
Jones Stephen L. & Van de Ven Andrew H. 2016. The Changing nature of change resistance – an examination of the moderating impact of time. The Journal of Applied Behavioral Science 52(4), 482–506.
Julkunen Raija 2001. Suunnanmuutos. Vastapaino, Tampere.
Julkunen Raija 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes, Helsinki.
Juppo Virpi 2005. Organisaation muutoksen johtaminen julkisella sektorilla. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 33(2),102–115.
Juuti Pauli 1992. Yrityskulttuurin murros. Aavaranta 31. Aavaranta, Oitmäki.
Juuti Pauli 2001. Johtamispuhe. PS-kustannus, Jyväskylä.
Juuti Pauli (toim.) 2006. Johtaminen eilen, tänään, huomenna. Otava, Helsinki.
Juuti Pauli & Luoma Mikko 2009. Strateginen johtaminen. Otava, Helsinki.
Juuti Pauli, Rannikko Heikki & Saarikoski Ville 2004. Muutospuhe. Muutoksen retoriikka johtamisen ja organisaatioiden arjen näyttämöillä. Aavaranta. Otava, Helsinki.
Juuti Pauli & Virtanen Petri 2009. Organisaatiomuutos. Otava, Helsinki.
Jylhäsaari Jussi 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa: Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Acta Wasaensia 212, Hallintotiede 13. Vaasan yliopisto, Vaasa.
Jäntti Anni, Airaksinen Jenni & Haveri Arto 2010. Siniset ajatukset – vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 20. Edita, Helsinki.
Järvensivu Anu, Nikkanen Risto & Syrjä Sannu (toim.) 2014. Työelämän sukupolvet ja muutoksissa pärjäämisen strategiat Tampere university press, Tampere.
Järvinen Annikki, Koivisto Tapio & Poikela Esa 2000. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. WSOY, Helsinki.
Järviö Maija-Liisa, Aaltonen Juho & Luoma Kalevi (toim.) 2009. Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät. Julkaisuja 49. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
Kaarakainen Minna 2008. Hajauttaminen valtion ja kuntien välisessä suhteissa 1945–2015: Valtiollisesta järjestelmästä kohti kuntaverkostojen perusterveydenhuoltoa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 153. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kaarakainen Minna, Niiranen Vuokko & Kinnunen Juha (toim.) 2010. Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-hankkeessa, lähtötilanteen kartoitus. Acta 219. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Kaarakainen Minna & Taskinen Helena 2004. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö saumattomien palveluketjujen edellytyksenä. Teoksessa Rissanen Sari & Sinkkonen Sirkka (toim.) Hoivayrittäjyys. PS-Kustannus, Jyväskylä, 130–140.
Kainulainen Sakari 1998. Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 62. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Kaitalo Heikki 1977. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntatason yhteistoiminta. Projektisuunnitelma. Sopukka 1. Tutkimuksia 4. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
Kaitalo Heikki 1979. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntatason yhteistoimintaprojektin tuloksia ja perustason yhteistoiminnan arviointia. Teoksessa Kaitalo Heikki (toim). Kuntatason sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta. Sopukka 4. Tutkimuksia 54. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto, Tampere, 15–20.
Kaitalo Heikki & Walls Georg 1978. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaprofiilit. Sopukka 2. Tutkimuksia 49. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
Kaljunen Leena 2011. Johtamisopit kuntaorganisaatiossa: diskursiivinen tutkimus sosiaali- ja terveystoimesta 1980-luvulta 2000-luvulle. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 422, Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lappeenranta.
Kallio Olavi 1995. Ympäristön vaikutus kuntaorganisaation toimintaan. Kunnan toimintaympäristön tilannetekijöiden merkitys etsittäessä selityksiä kuntien toimintamallien ja rakenteen muuttumiseen 1980–luvun alusta 1990-luvun alkuun. Acta Universitatis Tamperensis 457. Tampereen yliopisto, Tampere.
Kallio Olavi, Martikainen Juha-Pekka, Meklin Pentti & Oulasvirta Lasse 2005. Talousjohtamisen kehityspolkuja. Tutkimus kuntien talousjohtamisesta 1996–2003. KuntaSuomi 2004 –tutkimuksia 53. Acta 175. Tampereen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Kalliomaa-Puha Laura & Kangas Olli 2015. Yhteistä ja yksityistä varautumista – vanhusten hoivan tulevaisuus. Kalevi Sorsasäätiö. Tartumaa.
Kanerva Anne, Lammintakanen Johanna & Kivinen Tuula 2010. Experiences of the fairness of recruitment from unsuccessful applicants in the field of nursing. Journal of Nursing Management 18(3), 293–301.
Kangas Virve & Paasivaara Leena 2010. Innovatiivisuutta edistävät ja estävät tekijät terveydenhuollon poliittisessa päätöksenteossa. Premissi 5, 52–59.
Kangas-Kuukso Anneli, Keikkala Sirkka, Korpela Arja, Lahtinen Yrjö, Nordström Monica, Peltonen Ulla, Räsänen Matti, Sillanpää Pasi, Staf Pertti, Ståhle Liisa & Tikanmäki-Riekki Kaija 1995. Kustannuslaskenta. Teoksessa Lahtinen Yrjö (toim.) Tuotteistus ja kustannuslaskenta. Perusterveydenhuollon Tuote-projektin raportti 1. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 81–111.
Kanter Rosabeth M. 1977. Men and women of the corporation. Basil Books, New York.
Kantola Anu & Kautto Mikko 2002. Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000-luvulla. Sitra 251. Edita, Helsinki.
Kaplan Robert S. & Norton David P. 1992. The balanced scorecard: measures that drive performance. Harvard Business Review Jan – Feb, 71–80.
Karento Helena 1999. ”Olen tehnyt parhaani.” Tutkimus naisista valtion ja kuntien johtajina ja vaativissa asiantuntijatehtävissä. Acta Universitatis Tamperensis 718. Tampereen yliopisto, Tampere.
Karimaa Erkki 2002. Julkishallinnon suositus 152. Prosessien kuvaukset. Yleinen rakenne, esitysmuoto ja käsitteet. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Karisto Antti, Takala Pentti & Haapola Ilkka 1999. Matkalla nykyaikaan: elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. WSOY, Helsinki.
Karjalainen Vappu 1996. Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Tutkimuksia 68. Stakes, Helsinki.
Karppi Ilari & Sinervo Lotta-Maria (toim.) 2009. Governance – uuden hallintatavan jäsentyminen. Tampereen yliopiston laitosten julkaisut. Hallintotieteiden keskus, Tampereen yliopisto, Tampere.
Karvinen Marjatta 2011. Uuden johtamiskulttuurin lähettiläät. Sairaanhoitaja 1, 6–8.
Karvinen-Niinikoski Synnöve, Salonen Jari, Meltti Tero, Yliruka Laura, Tapola-Haapala Maria & Björkenheim Johanna 2005. Konstikas sosiaalityö 2003. Suomalaisen sosiaalityön todellisuus ja tulevaisuudennäkymät. Selvityksiä 28. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Katz Daniel & Kahn Robert L. 1966. Organizations and the system concept. Teoksessa Katz Daniel & Kahn Robert L. (toim.) The social psychology of organizations. Wiley, New York, 14–29.
Katzenbach Jon R. & Smith Douglas K. 1993. Tiimit ja tuloksekas yritys. Ekonomia. Weilin + Göös, Espoo.
Kauhanen Juhani 2000. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. WSOY, Helsinki.
Kauhanen Jussi, Erkkilä Arja, Korhonen Maarit, Myllykangas Markku & Pekkanen Juha 2013. Kansanterveystiede. Sanoma Pro, Helsinki.
Kekäle Jouni 1993. Organisaatiokulttuurin tutkimuksen kolme näkökulmaa. Psykologia 28(5), 320–327.
Keskinen Soile 2005. Alaistaito. Luottamus, sitoutuminen ja sopimus. Polemia 59. Kunnallisalan kehittämissäätiö, Helsinki.
Keski-Suni Jorma 1995. Tehokas kustannuslaskenta. Operatiivinen laskentatoimi ja kannattavuusajattelu kunnallishallinnossa. Painatuskeskus, Helsinki.
Keskitalo Elsa 2008. Balancing social citizenship and new paternalism. Finnish activation policy and street-level practice in a comparative perspective. Research report 177. Stakes, Helsinki.
Khatri Naresh 2006. Building HR capability in health care organisations. Health Care Management Review 2006 31(1), 45–54.
Kickert Walter J. M., Klijn Erik-Hans & Koppenjan Joop F. M. 1997. Managing networks in the public sector: Findings and reflections. Teoksessa Kickert Walter J. M., Klijn Erik-Hans & Koppenjan Joop F. M. (toim.) Managing complex networks: strategies for the public sector. Sage Publications, Lontoo, 166–191.
Kickert Walter J. M. & Koppenjan Joop F. M. 1997. Public management and network management: An overview. Teoksessa Kickert Walter J. M., Klijn Erik-Hans & Koppenjan Joop F.M. (toim.) Managing complex networks: strategies for the public sector. Sage Publications, Lontoo, 35–61.
Kilduff Martin & Tsai Wenpin 2007. Social networks and organizations. Sage Publications, Lontoo.
Kimmerle Joachim, Cress Ulrike & Held Christoph 2010. The interplay between individual and collective knowledge: Technologies for organisational learning and knowledge building. Knowledge Management Research & Practice 8, 33–44.
Kinnunen Juha 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 4. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Kinnunen Juha 1992. Kyksin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa toimintaympäristössä. Pohjois-Savon Sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kuopio.

Kinnunen Juha, Kivinen Tuula, Lammintakanen Johanna & Taskinen Helena 2008. Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys terveydenhuollon kehittämisessä. Teoksessa Ashorn Ulla & Lehto Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, Helsinki, 97–115.
Kinnunen Juha & Lindström Kari (toim.) 2005. Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 129. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Kinnunen Juha & Vuori Jari 2005. Terveydenhuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa Vuori Jari (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä. WSOY, Helsinki, 192–217.
Kinnunen Marina 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Acta Wasaensia 230. Liiketaloustiede 94, Johtaminen ja organisaatiot. Vaasan yliopisto, Vaasa.
Kivinen Tuula 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Klavus Jan 2000. Empirical studies on the measurement of distribution in health care. Tutkimuksia 108. Stakes, Helsinki.
Knuuttila Jari, Ruuhilehto Kaarin & Wallenius Jarkko 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1. Lääkelaitos, Helsinki
Kodner Dennis 2009. All together now: A conceptual exploration of integrated care. Healthcare Quarterly 13 (Special issue), 6–15.
Kodner Dennis & Speeuwenberg Cor 2002. Integrated care: Meaning, logic, application, and implications – a discussion paper. International Journal of Integrated Care 2(14), 1–6.
Koivumäki Jaakko 2008. Työyhteisöjen sosiaalinen pääoma. Tutkimus luottamuksen ja yhteisöllisyyden rakentumisesta ja merkityksestä muuttuvissa valtioiden asiantuntijaorganisaatioissa. Tampere University Press, Tampere.
Koivuniemi Tiina 2004. Henkilöstövoimavarojen moninaisuus, muutos ja johtaminen kuntasektorilla. Henkilöstötilinpäätöksillä ja kehittämishankkeilla hyvää henkilöstötyötä. Acta Universitatis Tamperensis 1000. Tampereen yliopisto, Tampere.
Kokkinen Lauri, Konu Anne & Viitanen Elina 2007. Personal management in Finnish social and health care. Leadership in Health Services 20(3), 184–194.
Kokko Simo & Heikkilä Matti 1995. Palvelujärjestelmä muutoksessa. Teoksessa Uusitalo Hannu, Konttinen Mauno & Staff Mikko (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 173. Stakes, Helsinki, 11–23.
Komu Hannele 2016. Organisaatiokulttuuri hoivakodissa: julkinen ja yksityinen hoivapalvelu toimintaympäristön ja henkilöstön vertailuna. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 137. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. Koppenjan, Joop & Klijn, Erik-Hans 2010. Managing Uncertainties in Networks. Routledge, London.
Korpela Mikko, Mursu Anja, Soriyan Abimbola, Eerola Anne, Häkkinen Heidi & Toivanen Marika 2004. Information systems research and development by activity analysis and development: Dead horse or the next wave? Teoksessa Kaplan Bonnie, Truex Duane P., Wastell David, Wood-Harper A. Trevor & DeGross Janice I. (toim.) Information systems research: Relevant theory and informed practice. Kluwer Academic Publishers, Boston, 453–470.
Korteniemi Pertti & Borg Pekka 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Työpapereita 23. Stakes, Helsinki.
Koskiaho Briitta 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa: palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Kotiranta Tuija 2008. Aktivoinnin paradoksit. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 335. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
Kotter John P. 1996. Leading change. Harvard Business School Press, Boston.
Kuhn Thomas S. 1994. Tieteellisten vallankumousten rakenne. Art House, Helsinki.
Kuittinen Matti 2001. Defensiivinen käyttäytyminen yhteistyön ja kommunikaation esteenä. Pienyrityksen tapaustutkimus. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 52. Joensuun yliopisto, Joensuu.
Kujanpää Kirsti 2017. Henkilöstövoimavarojen johtaminen ja monikulttuurisen työyhteisön työhyvinvointi. Politiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 40. Helsingin yliopisto.
Kuusela Pekka & Niiranen Vuokko (toim.) 2006. Realismin haaste sosiaalitieteissä. Oy Unipress Ab, Kuopio.
Kuusela Sari 2010. Valta ja vuorovaikutus johtamisessa. Acta Universitatis Tamperensis 1573. Tampereen yliopisto, Tampere.
Kuusi Eino 1931. Sosiaalipolitiikka I. WSOY, Helsinki.
Kuusi Osmo, Kinnunen Juha, Ryynänen Olli-Pekka, Myllykangas Markku & Lammintakanen Johanna 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet, Teknologian arvioinnin perusraportti, Eduskunnan kanslian julkaisu 3. Eduskunta, Helsinki.
Kähkönen Liisa & Volk Raija 2008. Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu 4. Kunnallisalan kehittämissäätiö, Helsinki.
Laakso Kirsti & Möttönen Sakari 2000. Henkilöstön osallistuminen onnistuneen muutoksen edellytys. Tapaustutkimus Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 28(3), 205–219.
Laaksonen Hannele, Niskanen Jouni, Ollila Seija & Risku Aija 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita, Helsinki.
Lahtinen Markus 2010. Yksityinen varautuminen hoivamenoihin – Vaihtoehtoisia malleja oman hoivan rahoittamiseen. PTT raportteja 223. Pellervon taloustutkimus, Helsinki.
Lahtinen Yrjö (toim.) 1995. Tuotteistus ja kustannuslaskenta. Perusterveydenhuollon Tuote-projektin raportti 1. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Laine Marjukka, Kokkinen Lauri, Kaarlela-Tuomaala Anu, Valtanen Elisa, Elovainio Marko, Keinänen Mika & Suomi Reima 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos, Helsinki.
Laine Pikka-Maaria 2010. Toimijuus strategiakäytännöissä: diskurssi- ja käytäntöteoreettisia avauksia. Sarja A-1. Turun kauppakorkeakoulu, Turku.
Lammintakanen Johanna 2013. Terveydenhuollon priorisointi. Teoksessa Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorenkoski Lauri & Leppo Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print, Tampere, 270-273.
Lammintakanen Johanna 2014. Miten johtajia johdetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa – osoita rajat, anna tilaa toimia. Teoksessa Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkänen Mervi (toim.) Johtajana muutoksissa. ACTA 253. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 96-108.
Lammintakanen Johanna & Kinnunen Juha 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveyspalveluissa. Teoksessa Miettinen Merja, Hopia Hanna, Koponen Leena & Wilskman Kaarina (toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen, Hoitotyön vuosikirja 2006. Fioca, Helsinki, 9–28.

Lammintakanen Johanna, Kivinen Tuula, Saranto Kaija & Kinnunen Juha 2002. The digital portfolio: A tool for human resource management in health care? Journal of Nursing Management 10(6), 321–328.
Lammintakanen Johanna, Rissanen Sari, Peronmaa-Hanska Erja, Joensuu Maarit, & Ruottu Tiina 2016. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali-ja terveydenhuollossa: monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 68, Helsinki.
Lanning Harri 2001. Planning and implementing change in organizations a construct for managing change projects. Helsinki University of Technology, Espoo.
Laulainen Sanna 2010. ”Jos mittää et anna niin mittää et saa” Strateginen toimijuus ja organisaatiokansalaisuus vanhustyössä. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Launis Kirsti 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsityksiä ja arkikäytäntöjä. Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 50. Stakes, Helsinki.
Launis Kirsti 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen Juhani, Remes Pirkko & Eteläpelto Anneli (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 122–133.
Launis Kirsti & Engeström Yrjö 1999. Asiantuntijuus muuttuvassa työtoiminnassa. Teoksessa Eteläpelto Anneli & Tynjälä Päivi (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. WSOY, Helsinki, 64–81.
Lawrence Barbara S. 2011. Careers, social context and interdisciplinary thinking. Human Relations 64(1), 59–84.
Lawrence Paul R. & Lorsch Jay W. 1967. Organizations and environments. Managing differentiation & integration. Harvard University, Boston.
Lawrence Paul R. & Lorsch Jay W. 1969. Developing organizations: diagnosis and action. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.
Le Grand Julian 2003. Motivation, agency and public policy: Of knights and knaves, pawns and queens. Oxford University Press, Oxford.
Lehmuskoski Antero & Kuusisto-Niemi Sirpa 2008. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Raportteja 30. Stakes, Helsinki.
Lehtimäki Hanna 2000. Strategiatarina kaupungista ja sen toimijoista. Acta Universitatis Tamperensis 746. Tampereen yliopisto, Tampere.
Leichsenring Kaj & Alaszewski Andy M. 2004 (toim.) Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of issue at stake. Ashgane, Aldershot.
Leppänen Anri 2010. Johtamisosaaminen julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa lähijohdon kokemana. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Leskinen Hannu 2001. Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Acta 1. Kuopion yliopisto. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Leutz Walter N. 1999. Five laws for integrating medical and social services: lesson from the United States and United Kingdom. The Milbank Quarterly 77(1), 77–110.
Lewin Kurt 1947. Frontiers in group dynamics. Human Relations 1(1/2), 2–38.
Lewin Kurt 1948. Resolving social conflicts. Harper Collins, New York.
Lewin Kurt & Lippitt Ronald 1938. An experimental approach to the study of autocracy and democracy: A preliminary note. Sociometry 1(3/4), 292–300.

Lilja Mikko 2016. Hyötyä vai haittaa? Kolme näkökulmaa suomalaisten sairaanhoitopiirien sisäiseen valvontaan. Acta Universitatis Tamperensis; 2242, Tampere University Press, Tampere.
Lindholm Camilla & Stevanovic Melisa 2016. Sanat. Teoksessa Stevanovic Melisa & Lindholm Camilla (toim.) Keskustelun analyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Tampere, Vastapaino. 79–99.
Lindström Kari & Kiviranta Jaana 1995. Työryhmät ja tiimit. Ryhmän toimivuus ja jäsenten hyvinvointi. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 6. Työterveyslaitos. Työministeriö, Helsinki.
Linnakko Eero 2005. Terveydenhuollon kustannukset ja johtaminen. Teoksessa Vuori Jari (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä. WSOY, Helsinki, 326–347.
Linnosmaa Ismo 2010. Mitä sosiaalitaloustiede tutkii? Premissi 4, 40–43.
Lipari Lisbeth 2010. Listening, Thinking, Being. Communication Theory 20(3), 348–362.
Locke Edwin A. (toim.) 2009. Handbook of principles of organizational behavior. Indispensable knowledge for evidence-based management. John Wiley & Sons, Chichester.
Lohrum Cami 1996. Post-acquisition integration: Towards an understanding of employee reactions. Swedish School of Economics and Business Administration 65, Helsinki.
London Manuel & Sessa Variel L. 2007. How groups learn, continuously. Human Resource Management 46(4), 651–669.
Lumijärvi Ismo & Jylhäsaari Jussi 1999. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Gaudeamus, Helsinki.
Lundquist Lennart 1992. Förvaltning, stat och samhälle. Studentlitteratur, Lund.
Lähdesmäki Kirsi 2003. New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Acta Wasaensia 113, Hallintotiede 7. Vaasan yliopisto, Vaasa.
Lämsä Anna-Maija (toim.) 2003. Näköaloja naisjohtajuuteen. Taloustieteiden tiedekunnan julkaisuja 137. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
Mabey Christopher, Skinner Denise & Clark Timothy 1998. Experiencing human resource management. Sage Publications, Lontoo.
Magnussen Jon, Vrangbaek Karsten & Saltman Richard 2009. Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press, Berkshire.
Mahoney Janet 2001. Leadership skills for the 21st century. Journal of Nursing Management 9(5), 269–271.
Majoinen Kaija, Korhonen Sirpa & Merisalo Maria 2008. Toimiva kunta. FCG Efeco, Helsinki.
Majoinen Kaija, Sahala Heli & Tammi Terhi 2003. Sosiaalipalveluja seutuyhteistyöllä – ideasta sopimukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
Malkki Pertti 1999. Strategia-ajattelu yliopiston johtamisessa: neljän yliopiston hallituksen jäsenten käsitykset strategia-ajattelun keskeisistä alueista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 75. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Mannion Russell, Davies Huw & Marshall Martin 2005. Cultures for performance in health care. Open University Press, Berkshire.

Marshak Robert J. & Grant David 2008. Organizational discourse and new organizational development practices. British Journal of Management 19, supplement S7–S19.
Martikainen Jari & Hujala Anneli 2014. Piirretty työorganisaatio. Kokeilu kuvalähtöisen menetelmän soveltamisesta organisaatio- ja johtamistutkimukseen. Premissi 9(5), 35-44.
Martikainen Jari & Hujala Anneli 2017. Johtajuuden visuaaliset kategoriat. Sosiologia 1, 43–62.
Martikainen Tuomo 2009. Uudistaako kilpailuttaminen kuntia? Kunnat ja kilpailu -sarja 13. Kunnallisalan kehittämissäätiö, Helsinki.
Martin Graham P., Currie Graeme & Finn Rachael 2009. Leadership, service reform, and public-service networks: The case of cancer-genetics pilots in the English NHS. Journal of Public Administration Research and Theory 19(4), 769–794.
Matela Kari 2009. Viihtyvät ja vaihtuvat. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden työssä pysymiseen ja työstä lähtemiseen vaikuttavat tekijät. Lisensiaatintutkimus, Lapin yliopisto.
Mattila Pekka 2006. Toiminta, valta ja kokemus organisaation muutoksessa – Tutkimus kolmesta suuryrityksestä. Sosiologian laitoksen tutkimuksia 248. Helsingin yliopisto, Helsinki.
Mavin Sharon, Bryans Patricia & Waring Teresa 2006. Challenging gendered leadership and management education. Teoksessa McTavish Duncan & Miller Karen (toim.) Women in leadership and management. Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 32–51.
Mayo Elton 1945. Social problems of an industrial civilization. Routledge & Kegan Paul, Lontoo.
McConville Teri 2006. Devolved HRM responsibilities, middle-managers and role dissonance. Personnel Review 35(6), 637–653.
Melin Tuomo & Linnakko Eero 2003. Tuotteistuksen ja kustannuslaskennan hyvät käytännöt kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
Meretoja Riitta 2003. Nurse competency scale. Annales Universitatis Turkuensis D 582. Turun yliopisto, Turku.
Metsämuuronen Jari 1999. Pehmeät kvalifikaatiot sosiaali- ja terveysalan työssä ja ammatillisessa koulutuksessa. Aikuiskasvatus 19(2), 140–150.
Metsämuuronen Jari 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Methelp Ky, Jyväskylä.
Meyer Christine Benedichte 1996. The process of organisational integration in mergers and acquisitions. The Norwegian School of Economics and Business Administration, Bergen.
Miettinen Aki, Linnosmaa Ismo & Kannisto Kirsi 2010. Toimiva talous. Kuluttaja, yritys ja kansantalous. WSOYpro, Helsinki.
Miettinen Merja 1996. Yliopistosairaalan, terveyskeskuksen ja yksityisen lääkäriaseman innovatiivisuuden edellytykset. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 37. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Miettinen Reijo, Samra-Fredericks Dalvir & Yanow Dvora 2009. Re-turn to practice: An introductory essay. Organization Studies 30(12), 1309–1327.
Miettinen Seija, Miettinen Merja, Nousiainen Inkeri & Kuokkanen Liisa 2000. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY, Helsinki.
Mikkeli Heikki & Pakkasvirta Jussi 2007. Tieteiden välissä? Johdatus moniteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteellisyyteen. WSOY, Helsinki.

Milio Nancy 1998. Priorities and strategies for promoting community-based prevention policies. Journal of Public Health Management Practice 4(3), 14–28.
Mintzberg Henry 1979. The structuring of organizations. A synthesis of the research. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
Mintzberg Henry 1987. The strategy concept II: another look at why organizations need strategies. California Management Review 20(1), 25–32.
Mintzberg Henry 1989. Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations. The Free Press, New York.
Mintzberg Henry 1992. Five Ps for strategy in the strategy process. Teoksessa Mintzberg Henry & Quinn James B. (toim.) The strategy process. Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs New Jersey, 12–19.
Mintzberg Henry 2004. Third-generation management development. Training and Development 58(3), 28–38.
Mintzberg Henry & Gosling Jonathan 2006. Management education as if both matter. Management Learning 37(4), 419–428.
Mintzberg Henry & Waters James 1985. Of strategies, deliberate and emergent. Strategic Management Journal 6(3), 257–272.
Moisio Antti 2002. Essays on Finnish Municipal Finance and Intergovernmental Grants. Tutkimuksia 93. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
Morgan Gareth 2006. Images of organization. New edition of the international best-seller. Sage Publications, New York.
Mustonen Anneli, Sinkkonen Sirkka & Niiranen Vuokko 1993. Vanhustyö sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueena kunnissa: yhdistettyjen ja erillisten hallintokuntien henkilöstön käsityksiä ja kokemuksia yhteistyöstä ja hallintokuntien yhdistämisestä. Teoksessa Sinkkonen Sirkka (toim). Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9. Kuopion yliopisto, Kuopio, 37–114.
Myllymäki Kati 2006. Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustyön tulevaisuus. Selvityksiä 56. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Myllyntaus Oiva (toim.) 2011. Kunnan ja kuntayhtymän talousarvio ja -suunnitelma. Kuntaliitto, Helsinki.
Mäkisalo Merja 1998. Terveydenhuolto-oppilaitoksen organisaatiokulttuuri. Opettajien ja opiskelijoiden käsitykset todellisesta ja toivotusta toiminnasta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 58. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Mönkkönen Kaarina 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Mönkkönen Kaarina 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Edita, Helsinki.
Möttönen Sakari 1997. Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa. Acta 86. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Möttönen Sakari 2002. Kunnan poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden suhde päämies-agenttiteorian valossa – johdatusta aiheeseen. Hallinnon tutkimus 21(2), 178–188.
Möttönen Sakari & Niemelä Jorma 2005. Kunta ja kolmas sektori. PS-kustannus, Jyväskylä.
Narikka Jouko 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja hankinta. Tietosanoma, Helsinki.
Neilimo Kari & Uusi-Rauva Erkki 2005. Johdon laskentatoimi. Edita, Helsinki.

Niemelä Pauli 2006. Hyvinvoinnin käsite toiminnan teorian valossa. Teoksessa Niemelä Pauli & Pursiainen Terho (toim.) Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 62. Kuopion yliopisto, Kuopio, 67–79.
Niemelä Pauli 2010. Hyvinvointipolitiikan teoria. Teoksessa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro, Helsinki, 16–37.
Nieminen Armas 1955. Mitä on sosiaalipolitiikka? WSOY, Helsinki.
Niiranen Mikko 2013. Anna minulle hetki aikaa!: Kuvaus psykofyysisestä fysioterapiaprosessista fysioterapeutin näkökulmasta. Tampereen ammattikorkeakoulu. http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201302042030
Niiranen Vuokko 1994. Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Tutkimus sosiaalijohtajien johtamistyöstä, johtajatyypeistä ja vapaakuntakokeilusta sosiaalitoimen reformina. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 20. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Niiranen Vuokko 2004. Leadership and knowledge in social service organizations – The mechanism of social capital in the development of the activities of an organization. Teoksessa Erath Peter, Littlechild Brian & Vornanen Riitta (toim.) Social work in Europe – descriptions, analysis and theories. Institut für Vergleichende Sozialarbeitswissenschaft und Interkulturelle/Internationale Sozialarbeit (ISIS), e.V. Eichstätt, 115–123.
Niiranen Vuokko 2006. Reformia, rakenteita, retoriikkaa. Teoksessa Aarrevaara Timo & Stenvall Jari (toim.) Kriittinen ajankuva. Tampere University Press, Tampere, 60–81.
Niiranen Vuokko 2010. Hallinto ja ohjaus. Teoksessa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro, Helsinki, 90–106.
Niiranen, Vuokko 2013. Kokonaisvaltainen sosiaalipolitiikka kunnassa – miten johtaa, miten oppia johtamaan? Teoksessa Salonen-Soulié Ulla (toim.) Kunnallisen sosiaalipolitiikan tila ja tulevaisuus. Haasteet opetukselle ja tutkimukselle. Huoltaja-säätiö, Helsinki, 40-47.
Niiranen, Vuokko 2014. Johtamistyön sisältö ja johtamisen moniulotteisuus. Teoksessa Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkänen Mervi (toim.) Johtajana muutoksissa. ACTA 253. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 43–56.
Niiranen Vuokko 2016. Uudistuvat verkostot ja yhteistyörakenteet johtamisessa. Teoksessa: Antti Syväjärvi & Ville Pietiläinen (toim.) Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Tampere University Press, Tampere, 297–318.
Niiranen Vuokko, Lumijärvi Ismo & Stenvall Jari (toim.) 2005. Kuntapalvelujen tuloksellisuuden arviointi. Tasapainoitettu mittaristo kunnallisissa organisaatioissa. Pskustannus, Jyväskylä.
Nikkilä Juhani 1986a. Ammatillinen eriytyneisyys ja yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa – teoreettinen tarkastelu. Sosiaalinen aikakauskirja 5, 31–36.
Nikkilä Juhani 1986b. Ammatillinen vuorovaikutus ja valta sosiaali- ja terveydenhuollossa. VALTAVAn seurantatutkimus osa 6. Suomen virallinen tilasto. Sosiaalisia erikoistutkimuksia. SVT XXXII:123. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tutkimusosasto. Helsinki.
Nikkilä Juhani & Sinkkonen Sirkka 1985. Suomen terveydenhuollon hallinnon viimeaikaisista muutospiirteistä. Hallinnon tutkimus 1, 27–46.
Nissilä Leena (toim.) 2002. Makropilotti – sosiaali- ja terveydenhuolto 2000-luvulle. Julkaisuja 22. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Nissinen Aulikki, Kauhanen Jussi & Myllykangas Markku 1994. Kansanterveystiede. WSOY, Helsinki.

Nolte Ellen & Pitchforth Emma 2014. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Policy Summary II, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
Nonaka Ikujiro & Takeuchi Hirotaka 1995. The knowledge creating company – How Japanese companies create the dynamics of innovation. Oxford University Press, New York.
Nyholm Inga 2008. Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessissa kuntien keskijohdon näkökulmasta. Acta 199. Tampereen yliopisto. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
Nylander Olli, Nenonen Mikko, Suominen Tarja & Rintanen Hannu 2002. Datasta tietoon –makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä, osa I. Aiheita 14. Stakes, Helsinki.
Ollila Seija 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa – Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Acta Wasaensia 156, Sosiaali- ja terveyshallinto 1. Vaasan yliopisto, Vaasa.
Ospina Sonia M. & Saz-Carranza Angel 2010. Paradox and collaboration in network management. Administration & Society 42(4), 404–440.
Osterman Karen F. & Kottkamp Robert B. 2004. Reflective practice for educators. Professional development to improve student learning. Toinen painos. Corwin Press, Newbury Park, Kalifornia.
Oswick Cliff, Grant David, Michelson Grant & Wailes Nick 2005. Looking forwards: discursive directions in organizational change. Journal of Organizational Change Management 18(4), 383–390.
Oulasvirta Lasse, Ohtonen Jukka & Stenvall Jari 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus: tasapainoista ratkaisua etsimässä. Julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
Oulasvirta Leena 2007. Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa. Acta Universitatis Tamperensis 1239. Tampereen yliopisto, Tampere.
Paasio, Petteri 2014. Näyttöön perustuva sosiaalityön käytäntö - järjestelmällinen katsaus vuosina 2010-2012 julkaistuista tutkimuksista. Hyvinvointipalveluiden erikoisala. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
Paauwe Jaap 2009. HRM and performance: Achievements, methodological issues and prospects. Journal of Management Studies 46(1), 129–142.
Pajula Maija-Liisa 2013. Osaamisen johtaminen terveyssosiaalityössä. Esimiesasemassa olevat sosiaalityöntekijät osaamisen johtamisen määrittelijöinä. Lisensiaattityö. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.
Paljärvi Soili, Rissanen Sari & Sinkkonen Sirkka 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana: seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 17(2), 85–97.
Paljärvi Soile, Rissanen Sari, Sinkkonen Sirkka & Paljärvi Leo 2007. Monitoimijainen arviointi yhdistyneen kotihoidon sisällöstä ja laadusta. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003. Gerontologia 21(2), 92–103.
Paloheimo Heikki & Wiberg Matti 1997. Politiikan perusteet. WSOY, Helsinki.
Parkkinen Pekka 2007. Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen. Tutkimuksia 136. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.

Paronen Elsa 2015. Rationaalinen päätöksenteko sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksissa – tapaustutkimus kahdesta sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta Pohjois-Savossa. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 109. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Paronen Elsa, Rissanen Sari, Taskinen Helena & Laulainen Sanna 2017. Kunnat hyvinvoinnin edistäjinä –hyvinvoinnin edistämisen näkökulmia ja malleja. Teoksessa Nyholm Inga, Haveri Arto, Majonen Kaija & Pekola-Sjöblom Marianne (toim.) Tulevaisuuden kunta. Suomen kuntaliitto, Tampereen yliopisto, valtionvarainministeriö, Helsinki, 336–350.
Parsons Talcott 1951. The social system. Free Press, New York.
Partanen Pirjo, Pitkäaho Taina, Kvist Tarja, Turunen Hannele, Miettinen Merja & Vehviläinen-Julkunen Katri 2008. Miten vetovoimaa vahvistetaan? Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa Koponen Leena & Hopia Hanna (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki, 69–88.
Patomäki Heikki 2007. Politologian ja vallan näkökulma hyvinvointivaltion tulevaisuuteen. Futura 26(1), 29–33.
Paukkunen Leena 2003. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 103. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Pekkarinen Elina 2010. Sosiaalialan arvojohtajat ja muutoksen managerit. Laadullinen katsaus sosiaalialan johtamisen tutkimuksesta. Avauksia 7. THL, Helsinki.
Pekurinen Markku, Leinonen Tuija & Räikkönen Outi (toim.) 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Raportteja 38. Stakes, Helsinki.
Pelkonen Risto 2005. Terveys on monta asiaa. Tieteessä tapahtuu 2, 11–15.
Peltonen Eija 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Peltonen Tuomo 2001. Strateginen henkilöstöjohtaminen organisaation määrittelykamppailussa. Hallinnon Tutkimus 20(3), 55–75.
Perttilä Kerttu 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Tutkimuksia 103. Stakes, Helsinki.
Peruspalveluohjelma 2011–2014. 2010. Julkaisuja 21. Valtionvarainministeriö, Helsinki.
Perälä Marja-Leena, Junttila Kristiina & Toljamo Maisa 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Työpapereita 19. Stakes, Helsinki.
Perälä Marja-Leena, Toljamo Maisa, Vallimies-Patomäki Marjukka & Pelkonen Marjaana 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Raportteja 28. Stakes, Helsinki.
Peters B. Guy 2008. Virtuous and vicious circles in democratic network governance. Teoksessa: Eva Sørensen & Jacvob Torfing (Eds.) Theories of democratic network governance. Palgrave Macmillan, Houndmills, 61–76.
Pettigrew Andrew M., Woodman Richard W. & Cameron Kim S. 2001. Studying organizational change and development: Challenges for future research. Academy of Management Journal 44(4), 679–713.
Pieper Richard 2006. Integrated care: concepts and theoretical approaches. Teoksessa Vaarama Marja & Pieper Richard (toim.) Managing integrated care for older persons. European perspectives and good practices. Stakes and European Health Management Association (EHMA), Helsinki, 26–53.

Pieper Rudiger 1990. Introduction. Teoksessa Pieper Rudiger (toim.) Human resource management. An international comparison. De Gruyter, Berliini, 1–26.
Pihlainen Vuokko, Kivinen Tuula & Lammintakanen Johanna 2016. Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. Leadership in Health Services 29(1), 95–110.
Pihlajasaari Pia 2015. Eettinen organisaatiokulttuuri: Yhteydet työpaikan vaihtoon ja työhyvinvointiin. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 542, Jyväskylä.
Pikkala Sari 2005. Kunta päättäjän perspektiivistä: tutkimus kuntien luottamushenkilöistä ja viranhaltijoista 1995–2003. Acta 176. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Pohjola Anneli 1991. Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Teoksessa Hokkanen Liisa, Kinnunen Petri, Pohjola Anneli, Urponen Kyösti & Väärälä Reijo (toim.) Palvelutilkuista yhteiseen työhön. Kemijärven hyvinvointipalveluprojektin osaraportti. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 32. Rovaniemi, 111–126.
Porras Jerry I. & Silvers Robert C. 1991. Organization development and transformation. Annual Review of Psychology 42, 51–78.
Poutanen Veli-Matti 2010. Sosiaaliturvapolitiikka. Teoksessa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro, Helsinki, 177–198.
Preston Mark S. 2004. Mandatory management training for newly hired child welfare supervisors: A divergence between management research and training practice? Administration in Social Work 28(2), 81–97.
Pugh Derek S. & Hickson David J. 1976. Organizational structure and its context. The Aston Programme. Gover Publishing, Lontoo.
Puustinen Alisa 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet verkostojohtamisen näyttämönä. Premissi 7(4), 26–31.
Päätalo Margit 2005. Strategisista valinnoista kokonaishallintaan: kunnan palvelurakenneprojektin toteutus muutosprosessina. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 33(3), 262–265.
Quinn Robert E. 1988. Beyond rational management. Mastering the paradoxes and competing demands of high perfomance. Jossey – Bass Publishers, San Francisco.
Radnor Zoe & Osborne Stephen P. 2013. Lean: A failed theory for public services? Public Management Review 15(2), 265-287.
Rahikka Anne 2013. Dialogi auttavissa verkkopalveluissa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen ammattilaisten kertomuksia kommunikaatiosta. Väitöskirjatutkimus. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2013:16. Helsinki, Unigrafia.
Rahkonen Hannele 2007. Muutosjohtaminen tietojärjestelmän käyttöönotossa. Hoitotyöntekijöiden ja lähijohtajien kokemuksia. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
Rahkonen Ossi & Lahelma Eero 2010. Terveyspolitiikka. Teoksessa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro, Helsinki, 135–154.
Rajala Tuija, Tammi Jari & Meklin Pentti 2008. Kilpailutuksen näkyvät ja näkymättömät kustannukset. Kunnat ja kilpailu -sarja 11. Kunnallisalan kehittämissäätiö, Helsinki.
Rajavaara Marketta 2009. Sosiaalipalveluista hyvinvointipalveluihin – käsitehistorian tarkastelua. Janus 17(4), 346–351.
Ranki Anneli 1999. Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Kauppakaari, Helsinki.
Rannisto Pasi-Heikki 2005. Kunnan strateginen johtaminen: tutkimus seinänaapurikuntien strategiaprosessien ominaispiirteistä ja kunnanjohtajista strategisina johtajina. Acta Universitatis Tamperensis 1072. Tampereen yliopisto, Tampere.

Rauhala Pirkko-Liisa 1998. Mistä ehkäisevässä sosiaalipolitiikassa on kysymys? Käsitteellistä ja historiallista tarkastelua. Tutkimuksia 90. Stakes, Helsinki.
Reddin William 1970. Managerial effectiveness. McGraw-Hill Book Company, New York.
Reed Jan, Cook Glenda, Childs Sue & McCormack Brendan 2005. A literature review to explore integrated care for older people. International Journal of Integrated Care 5(14), 1–17.
Renko Merja 2006. Toimintoperusteisen kustannuslaskennan soveltaminen kehitysvammaisten asumispalveluyksikössä. Kotu-raportteja 3. Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu, Helsinki.
Richmond Mary E. 1917. Social diagnosis. Russell Sage Foundation, New York.
Rinne Päivi 2009. Matkalla muutokseen: sosiaalialan projektitoiminnan perustelut, tavoitteet ja toimintatavat Sosiaaliturva-lehden kirjoituksissa 1990-luvulla. Jyväskylä studies in Education, Psychology and Social Research 356. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
Rintala Taina, Elovainio Marko & Heikkilä Matti 1997. Osiensa summa. Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista. Tutkimuksia 75. Stakes, Helsinki.
Rissanen Lea 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Acta Universitatis Ouluensis. Series D Medica 560. Oulun yliopisto, Oulu.
Rissanen Sari 1999. Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina? Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 73. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Rissanen Sari 2013. Wellbeing and Environment - Concepts in the Elderly Care Home Context. Teoksessa Hujala Anneli, Rissanen Sari & Vihma Susann (toim.) Designing Wellbeing in Elderly Care Homes Helsinki. Aalto University publication series. Crossover. Aalto yliopisto, Helsinki, 20-35.
Rissanen Sari 2016. Sosiaalityön johtaminen. Teoksessa Törrönen Maritta, Hänninen Kaija, Jouttimäki Päivi, Lehto-Kundén Tiina, Salovaara Petra & Veistilä Minna (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Gaudeamus, Helsinki, 231–242.
Rissanen Sari, Hujala Anneli & Helisten Merja 2010. The state and future of social service enterprises – A Finnish case. European Journal of Social Work 13(3), 319–337.
Rissanen Sari, Laitinen-Junkkari Pirjo, Hirvonen Raija & Sinkkonen Sirkka 1999. Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiossa 1994 ja 1997. Arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutuksista kotihoidon laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Gerontologia 13(2), 71–81.
Rissanen Sari, Lammintakanen Johanna & Kivinen Tuula 2009. Sosiaali- ja terveysjohtamisen asiantuntijat työllistyvät hyvin. Premissi 5, 25–27.
Roman Jani 2005. A study of organizational dialogue facing the truth, gaining inspiration and creating understanding of the function of an organization. Helsinki University of Technology, Espoo.
Romana Anneli, Keskinen Soili & Keskinen Esko 2004. Oikeudenmukainen johtaminen – arjen kokemuksia ja menetelmiä. Kuntien Eläkevakuutus, Helsinki.
Rope Timo & Pöllänen Jouni 1998. Asiakastyytyväisyysjohtaminen. WSOY, Helsinki.
Ropo Arja 2011. Johtajuuden ilmiö: Johtajaominaisuuksista kokemuksellisiin konstruktioihin. Teoksessa Virtanen Turo, Ahonen Pertti, Syväjärvi Antti, Vartiainen Pirkko, Vartola Juha & Vuori Jari (toim.) Suomalainen hallinnon tutkimus. Mistä, Mitä, Minne? Tampere University Press, Tampere, 191-217.
Ropo Arja, Eriksson Marja, Sauer Erika, Lehtimäki Hanna, Keso Heidi, Pietiläinen Tarja & Koivunen Niina. 2005. Jaetun johtajuuden särmät. Talentum, Helsinki.

Rost Joseph C. 1993 Leadership for the twenty-first century. Praeger, Westport.
Ruoranen, Raija 2011. Miten strategia kiteytetään 90 minuuttiin? Tutkimus kehityskeskusteluista. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1043. Tampereen yliopisto, Tampere.
Ruuska Anitta 2011. Terveydenhuollon palkitsemisdiskurssit. Väitöskirjan käsikirjoitus. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Ruuska Anitta 2013.Palkitsemisdiskurssit terveydenhuollon strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Itä-Suomen yliopiston julkaisuja. Yhteiskunta-ja kauppatieteet 66. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Ryynänen Olli-Pekka, Kukkonen Jarmo, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna & Kinnunen Juha 2006. Priorisointi terveydenhuollossa: mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum, Helsinki.
Ryynänen Olli-Pekka & Lammintakanen Johanna 2016. Priorisointi ja vaikuttavuus terveyden-huollossa. Puheenvuoro. Tutkiva hoitotyö 4, 39–41.
Saarelainen Tarja 2003. Managing local networks: impacts network management on the implementation of New Public Management and citizen participation. Acta Universitatis Lapponiensis 54. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
Saarinen Arttu 2010. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
Saarni Samuli 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Tutkimus 40. THL, Helsinki.
Salminen Ari 2005. Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Edita, Helsinki.
Salminen Ari 2008. Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet. Edita, Helsinki.
Salojärvi Sari 2009a. Henkilöstösuunnittelu, rekrytointi ja valinnat. Teoksessa Helsilä Martti & Salojärvi Sari (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Talentum, Helsinki, 117–142.
Salojärvi Sari 2009b. Osaamisen johtaminen ja kehittäminen. Teoksessa Helsilä Martti & Salojärvi Sari (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Talentum, Helsinki, 143–172.
Salomaa Eva, Herrala Jaakko, Lauharanta Jorma, Lindén Aki, Puolakka Jukka, Hämäläinen Päivi, Mäkelä Matti & Punnonen Heikki 2010. Sairaanhoitopiirien johtamisessa tarvittavat keskeiset tiedot. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Salonen, Markus 2013. Dialoginen verkostojohtaminen alueellisessa lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämistyössä. Opetusviraston julkaisuja B4. Lönnberg Print & Promo, Helsinki.
Saltman Richard, Bankauskaite Vaida & Vrangbaek Karsten 2007. Decentralization in health care. Strategies and outcomes. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press, Berkshire.
Saltman Richard & Figueras Josip 1998. Analyzing the evidence on European health care reforms. Health Affairs 17(2), 85–108.
Sandberg Siv 2003. Päättäjien näkemykset kunta-valtiosuhteesta. Teoksessa Helander Voitto, Pikkala Sari, Sandberg Siv & Grönholm Sam (toim.) Päättäjien areenat ja yhteydet. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia 42. Acta 161. Åbo Akademi & Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 94–120.
Saranto Kaija & Korpela Mikko 1999 (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Helsinki.

Saranto Kaija & Kuusisto-Niemi Sirpa 2012. Tiedonhallinnan koulutusohjelma arvioitavana. Kokemuksia kansainvälisestä arvioinnista. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 4(2), 140-144. http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/issue/view/976.
Savolainen Leena, Lammintakanen Johanna, Kivinen Tuula & Sarkkinen Hannu 2011. Muutos johtamisen haasteena – seurantatutkimus terveydenhuollon henkilöstön kokemuksista organisaatioiden yhdistyessä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 39(1), 8–23.
Scarborough Harry & Swan Jacky 2005. Discourses of knowledge management and the learning organisation: their production and consumption. Teoksessa Easterby-Smith Mark & Lyles Marjorie A. (toim.) Handbook of organisational learning and knowledge management, Blackwell Publishing, Malden, 495–512.
Schein Edgar H. 1987. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Weilin+Göös, Helsinki.
Schon Donald A. 1988. Educating the reflective practitioner. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
Schulze Ulrike & Leidner Dorothy E. 2002. Studying knowledge management in information systems research: Discourses and theoretical assumptions. MIS Quaterly 26(3), 213–242.
Schweiger David M. & DeNisi Angelo S. 1991. Communication with employees following a merger: A longitudinal field experiment. Academy of Management Journal 34(1), 110–135.
Seeck Hannele 2008. Johtamisopit Suomessa: taylorismista innovaatioteorioihin. Gaudeamus, Helsinki.
Seikkula Jaakko & Arnkil Tom Erik 2009. Dialoginen verkostotyö. THL, Helsinki.
Senge Peter M. 1990. The fifth discipline. The art & practice of the learning organization. Doubleday, New York.
Senge Peter M., Kleiner Art, Roberts Charlotte, Ross Richard B. & Smith Bryan J. 1994. The Fifth Discipline Fieldbook. Doubleday, New York.
Seppälä Timo T. & Pekurinen Markku (toim.) 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Raportti 22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
Seppänen-Järvelä Riitta 1999. Luottamus prosessiin: Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuksia 104. Stakes, Helsinki.
Seppänen-Järvelä Riitta & Karjalainen Vappu (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyksiä. Stakes, Helsinki.
Sihto Marita 1997. Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto – Tutkimus Suomen terveyttä kaikille ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Tutkimuksia 74. Stakes, Helsinki.
Silvia Chris & McGuire Michael 2010. Leading public sector networks: An empirical examination of integrative leadership behaviors. The Leadership Quarterly 21(2), 264–277.
Simon Herbert 1982. Päätöksenteko ja hallinto. Weilin & Göös, Helsinki.
Simonen Outi 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Acta Universitatis Tamperensis 1690. Tampereen yliopisto, Tampere.
Sinkkonen Merja & Laulainen Sanna 2010. Sosiaalialan johtajien kohtaamat eettiset ristiriidat. Janus 18(3), 225–242.
Sinkkonen Sirkka 1969. Sairaanhoidon tutkiminen Englannissa. Sairaanhoidon Vuosikirja VI. Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. Helsinki, 115–134.
Sinkkonen Sirkka 1989. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö. Teoksessa Sinkkonen Sirkka & Niemelä Pauli (toim.) Yhteiskuntatieteellinen tutkimus Kuopion yliopistossa. Kaupunginjohtaja Juhani Koskiselle omistettu juhlakirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäisjulkaisuja 1. Kuopion yliopisto, Kuopio, 178–185.

Sinkkonen Sirkka 1993. Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa – tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Sinkkonen Sirkka (toim.) Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9. Kuopion yliopisto, Kuopio, 15–35.
Sinkkonen Sirkka 1999. Onko sukupuolella merkitystä johtamisessa. Teoksessa Simoila Riitta, Kangas Riitta & Ranta Jouko (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä, Helsinki, 170–183.
Sinkkonen Sirkka & Jaatinen Pekka 2003. Situation in Finland. Teoksessa van Raak Arno, Mur-Veeman Ingrid, Hardy Brian, Steenbergen Marijke & Paulus Aggie (toim.) Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countrys. Eisevier gezondheidszorg, Maarssen, 15–38.
Sinkkonen Sirkka & Kinnunen Juha 1999. Terveystieteiden eriytymisprosessi, terveyshallintotieteen identiteetti ja suhde lähitieteisiin. Hoitotiede 11(6), 311–324.
Sinkkonen Sirkka & Rissanen Sari 2004. Hoivayrittäjyys hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Rissanen Sari & Sinkkonen Sirkka (toim.) Hoivayrittäjyys. PS-kustannus, Jyväskylä, 220–238.
Sinkkonen Sirkka & Taskinen Helena 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa Vuori Jari (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä. WSOY, Helsinki, 78–104.
Sinkkonen-Tolppi Merja & Viitanen Elina 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tarvittava johtamisosaaminen ja siihen liittyvä täydennyskoulutuksen tarve. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 33(1), 68–74.
Sipilä Jorma, Ketola Outi, Kröger Teppo & Rauhala Pirkko-Liisa 1996. Sosiaalipalvelujen Suomi. WSOY, Helsinki.
Sjöstrand Sven-Erik 1981. Organisaatioteoriat. Ekonomia. Weilin + Göös, Helsinki.
Smirchich Linda 1983. Concepts of cultures and organizational analysis. Administrative Science Quarterly 28(3), 339–358.
Smircich Linda & Morgan Gareth 1982. Leadership. The Management of Meaning. Journal of Applied Behavioral Science 18(3), 257–273.
Sorsa Virpi, Pälli Pekka, Vaara Eero & Peltola Katja 2010. Strategia mahdollisuutena ja rajoitteena kuntaorganisaatiossa. Kielestä, kommunikaatiosta ja vallasta. Swedish School of Economics and Business Administration 70, Helsinki.
Sosiaalimenot ja rahoitus 2008, Tilastoraportti 2/2010, 4.3.2010. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2010. THL, Helsinki.
Stainton Rogers Wendy 2003. Social psychology. Experimental and critical approaches. Open University Press, Berkshire.
Stanley David 2010. Multigenerational workforce issues and their implications for leadership in nursing. Journal of Nursing Management 18(7), 846–852.
Stanton Pauline, Bartram Timothy & Harbridge Raymond 2004. People management practices in the public health sector. Developments from Victoria, Australia. Journal of European Industrial Training 28(2/3/4), 310–328.
Stenius Anja 1989. Tietoako johdettava? Muistio. Helsingin sosiaalivirasto, Helsinki.
Stenvall Jari, Aarrevaara Timo, Laitinen Ilpo & Syväjärvi Antti 2009. Päijät-Hämeen palvelurakenneuudistuksen arviointi. Päijät-Hämeen palvelurakenneuudistus -projekti, Päijät-Hämeen liitto A177, Lahti.
STM 2001:4. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2003:38. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistio 38. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2004:18. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Työryhmämuistio 18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2005:1. Tietoteknologian käytön edistäminen sosiaalihuollossa. Monisteita 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
STM 2006:14. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Julkaisuja 14. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2006:35. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2006. Selvityksiä 35. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2008:32. Palvelusetelin käyttöalan laajentaminen. Selvityksiä 32. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Julkaisuja 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2009:17. Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Julkaisuja 17. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2010:1. Sosiaali- ja terveyskertomus 2010. Julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2010:19. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Selvityksiä 19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2010:27. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Toinen väliraportti. Selvityksiä 27. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2010:34. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän väliraportti. Selvityksiä 34. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2010:35. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus. Selvityksiä 35. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2011:1. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2011:7. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Raportteja ja muistioita 7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2012:4. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
STM 2014:13. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014. Julkaisuja 13. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
Storey John 2007. Human resource management today: an assessment. Teoksessa Storey John (toim.) Human resource management. A critical text. 3. painos. Thompson Learning, Lontoo, 3–19.
Strandman Kristiina 2009. ”Se vain ilmestyi” – Vuorovaikutukseen perustuva strategian viestintä kuntaorganisaatiossa. Acta Universitatis Lapponiensis 168. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
Ståhl Timo, Wismar Matthias, Ollila Eeva, Lahtinen Eero & Leppo Kimmo (toim.) 2006. Health in all policies. Prospects and potentials. European Observatory on Health Systems and policies. Ministry of Social Affairs & Health, Helsinki.
Suonoja Irma 2006. Hoitotyön johtajien urakehitys. Sattumien summa, sarja harkittuja tekoja vai palkinto pitkästä palvelusta? Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
Sydänmaanlakka Pentti 2000. Älykäs organisaatio. Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Kauppakaari, Helsinki.
Sydänmaanlakka Pentti 2006. Älykäs itsensä johtaminen. Näkökulmia henkilökohtaiseen kasvuun. Talentum, Helsinki.
Syväjärvi Antti 2005. Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatiotoiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Acta Universitatis Lapponiensis 83. Lapin yliopisto, Rovaniemi.

Syväjärvi Antti & Pietiläinen Ville 2016. Muuttuvien vuorovaikutustilanteiden haaste – Integroiva näkökulma diskursiiviseen johtamiseen. Teoksessa: Antti Syväjärvi & Ville Pietiläinen (toim.) Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Tampere University Press, Tampere, 29–62.
Syväjärvi Antti & Stenvall Jari 2003. Henkilöstövoimavarat työntekijöiden organisaatiotoiminta–osaamisen arvioinnin ja johtamisen näkökulmasta. Hallinnon Tutkimus 22(4), 338–351.
Syvänen Sirpa 2014. Dialogisen johtamisen avaimia. Teoksessa Terttu Pakarinen & Tiina Mäki (toim.) Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Uudistumisen sykettä palveluihin, Edita, Helsinki, 204-2016.
Sädevirta Jukka 2004. Henkilöstöjohtamisen ja sen tutkimuksen kehittyminen. Henkilöstöhallinnollisesta johtamisesta ihmisvoimavarojen strategiseen johtamiseen. Tykes raportteja 35. Työministeriö, Helsinki.
Sørensen, Eva & Torfing, Jacob 2008. Introduction: Governance network research: towards a second generation. Teoksessa Sørensen Eva & Torfing Jacob (toim.) Theories of Democratic Network Governance. Palgrave Macmillan,Eastbourne, 3-21.
Talja Heli 2006. Asiantuntijaorganisaatio muutoksessa. Tampereen teknillinen yliopisto. VTT Publications 620, Espoo.
Tammi Jari 2006. Toimintolaskennan käyttömahdollisuudet ja hyödyt kunnan johtamistyössä. Acta Universitatis Tamperensis 1152. Tampereen yliopisto, Tampere.
Tanttu Kaarina 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Acta Wasaensia 176. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2. Vaasan yliopisto, Vaasa.
Taskinen Helena 2005. Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Taskinen Helena, Sinkkonen Sirkka & Kinnunen Juha 1995. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen alkuvaiheet Kuopiossa: työntekijöiden kokemuksia ja arviointeja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 33. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Taylor Frederick 1911/1914. Tieteellisen liikkeenhoidon periaatteet. Karisto, Hämeenlinna.
Taylor Robert S. 1986. Value-added processes in information systems. Ablex Publishing, Norwood, New Jersey.
Teittinen Tuomo 1985. Julkisten toimintaohjelmien ominaisuudet ja toimeenpano-organisaatio – toimeenpanoanalyysin käsitteellistä kehittelyä ja tapaustutkimus KYKS:sta sairaanhoidon valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanosta suunnittelukausilta 1974–78,1983–87. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Tepponen Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2008 – Hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2008 – Health Expenditure and Financing 2008, Tilastoraportti 12/2010, 2.6.2010. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. THL, Helsinki.
Tiirinki Hanna 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – Terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Universitatis Ouluensis, D 1241.
Toikka Mirja 2002. Strategia-ajattelu ja strateginen johtaminen ammattikorkeakoulussa. Tapaustutkimus Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Acta Universitatis Tamperensis 873. Tampereen yliopisto, Tampere.

Tolonen Eija & Rissanen Sari 2012. Asiakkuuden ja valvonnan puhetavat sosiaalipalvelujen valvontakäytännnöissä - Tutkimus vanhusten asumispalvelujen kontekstissa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 40 (3), 185-205.
Torppa Kaarina 2007. Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 951. Oulun yliopisto, Oulu.
Torppa-Saarinen Eeva 2009. Tuotteistaminen tuotannon johtamisen ja kehittämisen näkökulmasta. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 2. Tampereen kaupunki, Tampere.
Townsend Keith & Wilkinson Adrian 2010. Managing under pressure: HRM in hospitals. Human resource management journal 20(4), 332-338.
Truss Catherine 2003. Continuity and change: The role of the HR function in the modern public sector. Public Administration 86(4), 1071–1088.
Tukia Helena, Simoila Riitta & Oulasvirta Leena 2008. Terveysvaikutukset ja kunnallinen päätöksenteko. Helsingin opetusviraston pilottihanke. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45(3), 197–208.
Tulin Mary F. 1997. Talking organization: Possibilities for conversation analysis in organizational behavior research. Journal of Management Inquiry 6(2), 101–119.
Tuomikorpi Sinikka 2005. Kohti hallinnollisen ajattelukyvyn mallia. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto, Helsinki.
Tuotteistaminen tutuksi. Idea ja työvälineet. 1998. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
Turpeinen Merja 2011. Muutoksen ja arvioinnin paikka. Henkilöstö arvioi julkisen erikoissairaanhoidon organisaatiofuusiota eri positioista. Tampereen yliopisto, Tampere.
Turpeinen Merja & Taskinen Helena 2005. Henkilöstön arviot organisaatiofuusion yhteydessä tehdyistä tietojärjestelmämuutoksista. Teoksessa Kinnunen Juha & Lindström Kari (toim.) Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUS:n johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 129. Kuopion yliopisto, Kuopio 88–114.
Tyni Tero, Myllyntaus Oiva, Rajala Päivi & Suorto Annika 2009. Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Tyson Shaun 1995. Human resources and business strategy: Towards a general theory of human resource management. Pitman, Lontoo.
Tähkäpää Jarmo 2007. Managing the information systems resource in health care: Findings from two IS projects. Sarja A-1. Turun kauppakorkeakoulu, Turku.
Vaarama Marja 2006a. Evaluating and managing quality of integrated care. Teoksessa Vaarama Marja & Pieper Richard (toim.) Managing integrated care for older persons. European perspectives and good practices. Stakes and European Health Management Association (EHMA), Helsinki.
Vaarama Marja 2006b. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus – projekti. Loppuraportti ja suositukset. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7. Espoon kaupunki ja Stakes, Espoo.
Vaarama Marja, Moisio Pasi & Karvonen Sakari 2010. Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla. Teoksessa Vaarama Marja, Moisio Pasi & Karvonen Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. THL, Helsinki, 278–286.
Vaarama Marja, Pieper Richard & Sixsmith Andrew (toim.) 2008. Care-related quality of life in old age. Concepts, models and empirical findings. Springer, New York.

Vakkala Hanna 2012. Henkilöstö kuntauudistuksissa. Psykologinen johtamisorientaatio muutoksen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen edellytyksenä. Acta n:ro 238. Lapin yliopisto & Suomen kuntaliitto, Helsinki.
Vallivaara Arja, Valtonen Hannu & Rissanen Pekka 2009. Kuntien taloudellisen tilan ja toimintastrategioiden välinen yhteys vuosina 1997–2003. Yhteiskuntapolitiikka 74(5), 487–508.
Valtonen Hannu 2000. Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja? Teoksessa Uusitalo Hannu, Parpo Antti & Hakkarainen Anni (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Raportteja 250. Stakes, Helsinki, 29–42.
Valtonen Hannu 2010. Vanhustenhuolto, lama ja talous. Memo 3, 15–16.
van der Meijden M. J, Tange Huipert. J., Troost J.& Hasman Arie 2003. Determinants of success of inpatient clinical information systems: A literature review. Journal of the American Medical Informatics Association 10, 235–243.
van Doorslaer Eddy, Wagstaff Adam, Bleichrodt Han, Calonge Samuel, Gerdtham Ulf-G., Gerfin Michael, Geurts José, Gross Lorna, Häkkinen Unto, Leu Robert, O'Donnell Owen, Propper Carol, Puffer Frank, Rodriguez Marisol, Sundberg Gun, Winkelhake Olaf 1997. Socioeconomic inequalities in health: some international comparisons. Journal of Health Economics 16(1), 93–112.
van Maanen John 1976. Breaking in: Socialization to work. Teoksessa Dubin Robert (toim.) Handbook of work, organization and society. Rand McNally, Chicago, 67–130.
Vanhala Sinikka 1999. Henkilöstöjohtaminen eettisten haasteiden edessä. Liiketaloustieteellinen aikakauskirja 2, 203–211.
Vanhala Sinikka & Stavrou Eleni 2013. Human resource management practices and the HRM-performance link in public and private sector organizations in three Western societal clusters. Baltic Journal of Management 8 (49), 416–437.
Vapaavuori Jukka 2001. Dialoginen muutos ryhmätyökeskusteluissa: työyhteisön jumi konsultaation kohteena. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 51. Joensuun yliopisto, Joensuu.
Varis Keijo 2012. Organisaatiokulttuurin ja johtajuusidentiteetin merkitys matriisiorganisaatiomuutoksessa: Case-tutkimus. Jyväskylä Studies in Business and Economics 116, Jyväskylä.
Vartiainen Matti, Kokko Niina & Hakonen Marko 2004. Hallitse hajautettu organisaatio. Paikan, ajan, moninaisuuden ja viestinnän johtaminen. Talentum, Helsinki.
Vartiainen Pirkko 1996. Yhteensaatetut erilaiset. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö vaasalaisesta näkökulmasta. Selvityksiä ja raportteja 15. Vaasan yliopisto, Vaasa.
Vartola Juha 1979. Valtionhallinnon rakenteellisen muutoksen ongelmista. Tutkimus julkishallinnon kriisiteeseistä ja Max Weberin byrokratiateoriasta sekä näiden välisistä suhteista valtionhallinnon rakenteellisen muutoksen ongelman valossa. Acta Universitatis Tamperensis 103. Tampereen yliopisto, Tampere.
Vartola Juha 2006. Näkökulmia byrokratiaan. 4. painos. Johtamistieteiden laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
Vartola Juha 2009. Byrokratia modernin hallinnan muotona. Teoksessa Karppi Ilari & Sinervo Lotta-Maria (toim.) 2009. Governance – uuden hallintatavan jäsentyminen. Tampereen yliopiston laitosten julkaisut. Hallintotieteiden keskus. Tampereen yliopisto, Tampere, 13–43.
Veld Monique, Paauwe Jaap & Boselie Paul 2010. HRM and strategic climates in hospitals: does the message come across the ward level? Human Resource Management Journal 20(4), 339–356.
Viitala Riitta 2006. Henkilöstöjohtaminen. Edita, Helsinki.

Viitala Riitta & Jylhä Eila 2006. Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta. Edita, Helsinki.
Viitanen Elina 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Acta Universitatis Tamperensis 577. Tampereen yliopisto, Tampere.
Viitanen Elina, Kokkinen Lauri, Konu Anne, Simonen Outi, Virtanen Juha V. & Lehto Juhani 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisalan kehittämissäätiö, Helsinki.
Virkkunen Jaakko 2002. Konseptien kehittäminen osaamisen johtamisen haasteena. Teoksessa Virkkunen Jaakko (toim.) Osaamisen johtaminen muutoksessa. Ideoita ja kokemuksia toisen sukupolven knowledge managementin kehittelystä. Työelämän kehittämisohjelma. Raportteja 20. Työministeriö, Helsinki, 11–49.
Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas – Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, Osa I, Versio 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 2/2015. THL, Helsinki.
Virtanen Juha V. 2010. Johtajana sairaalassa: johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Julkaisuja A 2. Turun kauppakorkeakoulu, Turku.
Virtanen Petri, Paasivaara Leena & Suhonen Marjo 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tietosanoma, Helsinki.
Virtanen Petri & Stenvall Jari 2010. Julkinen johtaminen. Tietosanoma, Helsinki.
Virtanen Petri & Wennberg Mikko 2005. Prosessijohtaminen julkisessa hallinnossa. Edita, Helsinki.
Volk Raija & Laukkanen Tuula 2010. Hoivan rahoitus. Kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja. Selvityksiä 22. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Vološinov Valentin 1990. Kielen dialogisuus. Vastapaino, Tampere.
Vornanen Riitta 1994. Organisaatioiden välisen yhteistyön tutkiminen – metodologisia näkökohtia. Sosiaalipolitiikan lisensiaattitutkielma. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopisto, Kuopio.
VTV 2010. Politiikkaohjelmat ohjauskeinona. Esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 212. Edita, Helsinki.
Vuori Jari 1995. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Fram, Vaasa.
Vuori Jari 1997. ”Vaihda taloa, jos tahti ei maita”. Syyllisyysilmaisut sairaalaorganisaatioissa. Teoksessa Mälkiä Matti & Stenvall Jari (toim.) Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. Tampere University Press, Tampere, 202–216.
Vuori Jari 2003. Inhimillisten resurssien johtaminen – henkilöstökustannusten muuttaminen henkilöstöinvestoinneiksi. Teoksessa Peiponen Arja, Koivisto Taru, Muurinen Seija & Rajalahti Elina (toim.) Hoitotyön johtaminen ja hyvinvointi. Hoitotyön vuosikirja 2004. Tammi, Helsinki, 27–39.
Vuori Jari 2005a. Terveysjohtaminen ja -hallinto tieteenalana. Teoksessa Vuori Jari (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä. WSOY, Helsinki, 10–33.
Vuori Jari (toim.) 2005b. Terveys ja johtaminen: Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY, Helsinki.
Vuori Jari 2005c. Päätöksenteko dialogisesti oppivassa ja johdetussa työyhteisökulttuurissa. Teoksessa Vuori Jari (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä. WSOY, Helsinki, 218–259.
Vuori Jari 2007. Johtamisen myytit. Lineaarisen ja ei-lineaarisen toimintakulttuurin rajapinnat. Premissi 2, 21–24.

Vuorinen Riitta 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Acta Universitatis Tamperensis 1358. Tampereen yliopisto, Tampere.
Väisänen Antti & Hujanen Timo 2010. Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007. Avauksia 1. THL, Helsinki.
Välimaa Anne (toim.) 2006. Työ- ja yksilövalmennuspalvelujen tuotteistaminen. Valtakunnallinen työpajayhdistys ry, Helsinki.
Walls Georg 1979. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntatason yhteistoimintaprojektin taustaa. Teoksessa Kaitalo Heikki (toim.). Kuntatason sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta. Sopukka 4. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 54. Tampereen yliopisto, Tampere, 5–19.
Waring Justin J. & Bishop Simon 2010. Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. Social Science & Medicine 71 (7), 1332-1340.
Weber Edward P. & Khademian Anne M. 2008. Wicked problems, knowledge challenges and collaborative capacity builders in network settings. Public Administration Review 68(2), 334–349.
Weber Max 1946/2011. Bureaucracy. Teoksessa Ott J. Steven, Shafritz Jay M. & Jang Yong Suk (toim.) Classic readings in organization theory. 7. painos. Wadsworth, Cengage Learning, Canada (reprinted), 77–82.
Weick Karl E. & Quinn Robert E. 1999. Organizational change and development. Annual Review of Psychology 50, 361–386.
West Michael A., Guthrie James P., Dawson Jeremy F., Borrill Carol S. & Carter Matthew 2006. Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. Journal of Organizational Behaviour 27(7), 983–1002.
Whittle Andrea, Suhomlinova Olga & Mueller Frank 2010. Funnel of interests: The discursive translation of organizational change. The Journal of Applied Behavioral Science 46(81), 16–37.
Wiberg Matti 2005. Valta kunnassa. Polemia 58. Kunnallisalan kehittämissäätiö, Helsinki.
Wiberg Matti 2006. Politiikka Suomessa. WSOY, Helsinki.
Willberg Mirja 2006. Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 139. Kuopion yliopisto, Kuopio.
Willberg Mirja & Valtonen Hannu 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Selvityksiä 36. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Williams Alan 1985. Economics of coronary artery bypass grafting. British Medical Journal 291(3), 326–329.
Wilskman Kaarina, Heistaro Sami & Ashorn Per 2004. Poliittinen päätöksenteko kunnan terveyspalveluiden järjestämisessä. Teoksessa Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka & Viitala Juha (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim, Helsinki, 39–42.
Woodward Joan 1965. Industrial organization: Theory and practice. Oxford University Press, New York.
Wuenschel Peter C. 2006. The diminishing role of social work administrators in social service agencies: Issues for consideration. Administration in Social Work 30(4), 5–18.
Yliruka Laura & Karvinen-Niinikoski Synnöve 2013. How can we enhance productivity in social work? Dynamically reflective structures, dialogic leadership and development of transformative expertise. Journal of Social Work Practice 27(2), 191–206.
Ylivainio Jaana 2008. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito – substituutteja vai komplementteja. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Young Sam 2002. Evidence-based management: A literature review. Journal of Nursing Management 10(3), 145–151.
Zechner Minna 2010. Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Acta Universitatis Tamperensis 1543. Tampereen yliopisto, Tampere.
Øvretveit John 1993. Coordinating community care. Multidisciplinary teams and care management. Open University Press, Berkshire.
Øvretveit John 1998. Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organisational interventions. Open University Press, Berkshire.

Internet-lähteet

Bach Stephen 2009. Human resource management in the public sector. Teoksessa Wilkinson Adrian, Bacon Nicholas, Redman Tom & Snell Scott (toim.) The Sage handbook of human resource management. Sage Publications. DOI: http://dx.doi.org/10.4135/9780857021496
Buchan James 2004. What difference does ("good") HRM make? Human Resources for Health 2(6). http://www.human-resources-health.com/content/2/1/6
Euroopean Collaboration on Dementia -projekti http://www.alzheimer-europe.org/EN/Our-Research/European-Collaboration-on-Dementia/Cost-of-dementia
Hallituksen esitys sosiaalihuoltolaiksi 2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9763020&name=DLFE-30014.pdf
Huttunen Jussi 28.10.2010. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim, Duodecim terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00903
Jormalainen Liisa 2010. Sosiaalitoimen johtamisen, hallinnon ja tilastoinnin tietotarpeet. Esiselvitys kuntien sosiaalitoimen johtamisessa ja hallinnoinnissa käytettävistä asiakastiedoista 25.2.2010. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/Johdon+tietotarveselvitys.pdf
Junnila Maijaliisa, Sinervo Timo, Aalto Anna-Mari, Jonsson Pia Maria, Hietapakka Laura, Keskimäki Ilpo, Pekurinen Markku, Seppälä Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Whellams Anne 2016. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset askeleet toteuttamisessa. Päätösten tueksi 2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130272/URN_ISBN_978-952-302-637-7.pdf?sequence=1
Kanta-palvelu 2010. http://www.kanta.fi/fi/
Kapiainen, Satu, Väisänen, Antti, Haula, Taru. Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 3/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2014. Verkkojulkaisu: http://www.julkari.fi/handle/10024/114683
LAPE -kärkihanke. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma 2016–2019. http://stm.fi/lapsi-ja-perhepalvelut/kuvaus
Lehto Markku 2010.Sosiaali- ja terveydenhuolto – pientä ja suurta. http://www.paijat-hame.fi/fi/tehtavat/yhteistyo_ja_edunvalvonta/paijat-hameen_kuntayhteistyo/uusikunta_-selvitys_2010/blogit/lahto_pohdintaa_paijat-hameen_kuntajakoselvityksesta
Lievens Filip & Chapman Derek 2009. Recruitment and selection. Teoksessa Wilkinson Adrian, Bacon Nicholas, Redman Tom & Snell Scott (toim.) The Sage Handbook of Human Resource Management. Sage Publications. DOI: http://dx.doi.org/10.4135/9780857021496Lääkintöhallituksen arkisto http://www.narc.fi:8080/VakkaWWW/Selaus.action?kuvailuTaso=AM&avain=7351.KA

Meklin Pentti, haastattelu 3.12.2010. Lehtiartikkelissa: Kuntatalous harhapolulla – ylijäämä onkin alijäämää. Eeva-Liisa Hynynen. Suomen Kuvalehti. http://suomenkuvalehti.fi/jutut/talous/kuntatalous-harhapolulla-ylijaama-onkin-alijaamaa
Pekurinen Markku, Erhola Marina, Häkkinen Unto, Jonsson Pia Maria, Keskimäki Ilmo, Kokko Simo, Kärkkäinen Jukka, Widström Eeva & Vuorenkoski Lauri 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL selvitys. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0fde485f-a347-40de-96b7-7e77656276bb
Ruuhilehto Kaarin & Knuuttila Jari 2008. Haipro-vaaratapahtumien raportointi: tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. Kysely käsittelijöille tammikuussa 2008. http://haipro.vtt.fi/aineisto/haipro-kyselyn_yhteenveto_210208.pdf
Sadesote http://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/sosiaali-ja-terveysalan-palvelukokonaisuus
Seppälä Timo & Pekurinen Markku 2014 (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116653/THL_RAP022_2014verkko.pdf?sequence=1
Seppänen Pekka 20.11.2009. Sanoilla on merkitystä. Talouselämä. http://www.talouselama.fi/pelin_henki/article349144.ece
Sosiaalihallituksen arkisto http://www.narc.fi:8080/VakkaWWW/Selaus.action?kuvailuTaso=AM&avain=11577.KA
Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö. http://stm.fi/sotehenkilosto
Sosiaali- ja terveysministeriön historia http://www.stm.fi/stm/historia
Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutilasto 2010. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/tasku/tasku2010.pdf
Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/kokoomajulkaisut/sosiaali-ja-terveysalan-tilastollinen-vuosikirja
Sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinta ostopalveluna http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-ostopalvelu
Sote- ja maakuntauudistus. www.alueuudistus.fi
STM 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. http://www.stm.fi
STM 2014. Sote-uudistus. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus
STM 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena – Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8
Strategy as practice international network http://sap-in.org/
Tammisalo Tero 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan hallinnan periaatteet ja hyvät käytännöt. Raportteja 5. https://www.julkari.fi/handle/10024/76288
THL 2009. THL kuntien tukena. Raportti kuntakierrokselta 2009. Avauksia 26. THL, Helsinki. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/481a13dc-4b32-43c3-89bb-184c86de4869
THL 2017a. Sosiaalialan tiedonhallinnan sanasto. Palveluihin, palveluprosesseihin ja asiakastietoihin liittyviä käsitteitä. Versio 3.0.THL, Helsinki. https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/sosiaalihuollon-tiedonhallinta
THL 2017b. Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla. https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla

THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu
Tiedon hallinta toiminnan tukena. Helsingin sosiaaliviraston tiedon hallinnan linjaukset vuoteen 2010. 2003. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Suunnittelun ja seurannan raportteja 1. http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/57b624004a1563c495d0f5b546fc4d01/thstrategia1.pdfMOD=AJPERES&CACHEID=57b624004a1563c495d0f5b546fc4d01
Työ- ja elinkeinoministeriö http://www.tem.fi
Valtionvarainministeriö, SADe-ohjelma 2010. http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/023_sade/index.jsp
Valtiovarainministeriön tilaama selvitys eräiden valtion laboratoriotoimintojen järjestämisestä. BearingPoint Management & Consultants 30.6.2008. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/laboratoriotoimintojen_jarjestaminen.pdf
VeTe. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011 -hanke. http://www.vete.fi/index.html
VeTeHH. Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta (HH) -osahanke. http://www.vete.fi/vetehh.html

Lait

Henkilötietolaki 523/1999
Kuntalaki 365/1995
Laki julkisista hankinnoista 348/2007
Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007
Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008
Sosiaalihuoltolaki 1302/2014
Suomen Perustuslaki 731/1999
Terveydenhuoltolaki 1326/2010